All'interno lo speciale Endo Tribune

Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII n. 6 | Giugno 2011 | Euro 3,00

Eccellente protezione dalla perdita di smalto dentale

- Protegge dalla perdita di smalto dentale
- Rinforza lo smalto dentale
- Rende lo smalto dentale più resistente agli attacchi erosivi degli acidi

Grazie al fluoruro amminico, contribuisce a proteggere dalla carie

elmex® PROTEZIONE EROSIONE

al cloruro stannoso e fluoruro amminico

Expodental scienza e magnificenza

È stata presentata ai giornalisti a Verona la promozione di Expodental, manifestazione tra le più importanti del dentale che si svolgerà alla Fiera di Roma dal 6 all'8 ottobre. Con una modalità innovativa l'agenzia creativa Semios del Gruppo Key Stone

→ DT pagina 2

Customer's satisfaction

La pagine 10 e 11 di questo numero potrebbero idealmente intitolarsi della "customer's satisfaction", in quanto vengono riportate iniziative non-cliniche di due importanti Studi, uno in Brianza e uno a Torino, per promuovere la miglior conoscenza e fidelizzazione tra pazienti e curanti. A giudicare dal numero e dalla convinta adesione dei partecipanti, in entrambi i casi (in buona parte pazienti già acquisiti, ma anche molti nuovi) si può affermare che la "satisfaction" c'è stata e che la festa sia riuscita, mentre anche da altre regioni d'Italia giunge notizia che si stiano programmando incontri analoghi.

> pagina 10

Sensitive Pro-Sollievo™

PROGRAMMA DI TRATTAMENTO

Colgate Sensitive® Pro-Sollievo™ dentifricio è un Dispositivo Medico n° 0483. Leggere attentamente il foglio illustrativo e le istruzioni d'uso.
Colgate Sensitive® Pro-Sollievo™ pasta desensibilizzante per lucidatura è un Dispositivo Medico. Leggere attentamente il foglio illustrativo e le istruzioni d'uso.

Colgate IL TUO PARTNER NELL'IGIENE ORALE

GABA Vebas The specialist in oral care

www.colgateprofessional.it

News e Commenti

Tecnologie e metodi nelle attività professionali

Con l'esperto Franco Tosco parliamo dei pro e contro dell'interazione a distanza tra fornitori e clienti grazie ai supporti elettronici, anche in ambito odontoiatrico.

> pagina 6

Medicina Legale

Prevenire gli errori e le loro conseguenze

Ora più che mai si parla di "malpractice": i dentisti hanno bisogno di gestire correttamente il problema dei rischi professionali, per evitare conseguenze legali.

> pagina 9

AGGIORNATI!

CORSO ECM ONLINE TUEOR: ECONOMICO, FACILE, COMODO

FORMAZIONE A DISTANZA
22 CREDITI ECM ANNO 2011

"Ricerca e pratica odontoiatrica: dalla gestione dello Studio alle moderne applicazioni di protocolli e tecnologie nelle varie specialità"

Per info 011 0463350 / www.tueor.it

IL CORSO È GIÀ ATTIVO!

A che punto è la crisi? Rispondono Andi, Unidi (e Gherlone) in un workshop

Uno degli incontri più qualificanti della 54ª edizione degli Amici di Brugg è stato il workshop Andi/Unidi "A che punto è la crisi? La situazione nel settore dentale", tenutosi in Sala Garberoglio venerdì 27, alle ore 11. Grazie alle ricerche realizzate dal Servizio Studi Andi e da Key Stone, per conto Unidi, "ci si potrà per la prima volta confrontare – diceva l'invito – sul settore dentale nella sua completezza e complessità, individuando le maggiori criticità ed i possibili campi di intervento".

→ DT pagina 3

Mediazione in odontoiatria

Mario Aversa

Con il D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 e il DM n. 180 del 18 ottobre 2010, entrati in vigore il 21 marzo, il legislatore ha cercato di alleggerire la giustizia civile, introducendo nel nostro ordinamento la disciplina della mediazione. Secondo quanto afferma il ministro della Giustizia, Angelino Alfano, "i cittadini hanno comunque la possibilità di ricorrere al giudice naturale. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di cause che approdano ogni giorno in tribunale e che determina l'arretrato da cui è oberata la giustizia italiana. Negli ultimi anni si è raggiunta una capacità smaltimento del 96%, ma quel 4%, accumulato in 25 anni, ha determinato 6 milioni di cause pendenti.

→ DT pagina 8

CGF
CONCENTRATED GROWTH FACTORS
Da un prelievo di sangue una tecnologia innovativa, nell'uso dei fattori di crescita.
MEDIFUGE MF200
Separatore di fasi "Patent Pending"
Motore in monoblocco con autoventilazione.
CGF Programma dedicato con accelerazione, velocità, decelerazione e tempo.
Ciclo di decontaminazione con luce riflessa UVC.
CGF KIT
Protocollo composto da 24 Particolari che consentono di operare in assoluta sterilità durante la preparazione delle fasi e degli innesti.
STRUMENTI PARTICOLARI:
Formatore di membrana Dott. Sacco
Posizionatore di membrana Dott. Sacco
Strumento Multiuso, 1 e 2 Dott. Corigliano
Iniettore Dott. Sacco
PER CONTATTI
E CORSI DI FORMAZIONE CONTATTARE
SILFRADENT SRL
info@silfradent.com
RICERCA SCIENTIFICA
INTERNATIONAL ACADEMY OF IMPLANTOPROSTHESIS AND OSTEOCONNECTION IAIO
www.iaio.org
silfradent
Via G.Di Vittorio 35/37 - 47018 S.Sofia (FC) - ITALIA
tel. +39 0543 970684 - fax +39 0543 970770
www.silfradent.com / info@silfradent.com

Editoriale

Lasciar dietro il passato verso il futuro

Gentilissimi lettrici e lettori, al ritorno dall'ultimo grande evento del primo semestre 2011, gli Amici di Brugg, cui seguiranno ancora importanti congressi monotematici a giugno, è opportuno evidenziare quale sia il tema politico e professionale più dibattuto nelle tavole rotonde e nelle riunioni che diffondono i dati del comparto: all'appello mancano oltre il 60% di italiani che non accedono a prestazioni odontoiatriche. Senza riferire circa le cause e gli effetti in questa sede, come è stato già fatto in articoli pubblicati sulle nostre testate dallo scorso novembre ed anche in questo numero, è evidente che, lasciando alle spalle il passato occorre ora agire per il futuro. Il Prof. Piperno, spesso citato anche da Callioni nel suo intervento (vedi art. pag. 3), presentando uno studio alla Bocconi lo scorso autunno, sosteneva che per mantenere sano il comparto, ovvero avere dei volumi di fatturato equivalenti, o meglio in crescita, nel settore dentale (a partire dalle prestazioni) è difficile fare leva sulle tariffe in questo momento e tantomeno nel futuro, evolvendosi la popolazione italiana in tre direzioni: 1) invecchiamento della popolazione, che se pur con reddito fisso pensionistico con le nuove leggi avrà entrate più modeste rispetto al passato e (aggiungiamo noi) meno risparmi, utilizzati in parte per mantenere i giovani che con difficoltà nel nostro paese si inseriscono nel mondo del lavoro; 2) incremento degli immigrati; 3) giovani con inferiore capacità di reddito rispetto al passato.
Dunque, quello che conta è fare accedere alle prestazioni sanitarie odontoiatriche un maggior numero di utenti. E attenzione: questo è prima di tutto un dovere, che però porta con sé un generale beneficio. Gli strumenti reattivi sono già in essere, il 2011 sta evidenziando un'inversione di rotta: c'è aria di fiducia, ma anche di grande volontà di rimettersi in gioco. Certo è il Paese in generale che deve reagire tempestivamente, e giustamente Draghi nel suo ultimo discorso come Presidente della Banca d'Italia ribadisce che i numeri e le capacità ci sono. Per cambiare bisogna anche (in)formarsi non solo su tecniche cliniche, indispensabili, ma anche su come costruire lo studio professionale del futuro. Non è vero che gli italiani non sanno reagire, basta guardare cosa succede in questi giorni, ascoltare la silenziosa marcia degli imprenditori a Treviso o assistere alla presenza qualitativa e interessata di quest'anno ai Congressi, in primis Collegio dei Docenti e Amici di Brugg.

L'Editore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Particolarmente curata l'accoglienza degli "Amici" in una 54ª edizione in aumento

Sabato 28 maggio, primo pomeriggio, area Fiera. Mentre già gli incaricati si stanno attivando per smontare gli stand e sul piazzale d'ingresso si snoda il deflusso frettoloso di espositori ansiosi di arrivare a destinazione, una domanda quasi di prammatica al presidente Mario Iorio, al termine della 54ª edizione degli "Amici di Brugg": "Come è andata?".

"Bene – dice Iorio –. Non ho ancora le cifre ufficiali, ma i numeri sono quelli dello scorso anno, salvo una leggera flessione degli odontotecnici. È aumentata la metratura occupata dalle aziende, cresciuto il numero degli espositori. Tutto questo mentre ci aspettavamo (temevamo) una flessione, soprattutto tra gli espositori".

Che cosa diversifica "questa" edizione dalle altre?

"La cura particolare nell'accoglienza", dice. E spiega: "Per facilitare l'accesso all'area fieristica, sempre molto travagliato, abbiamo fatto riunioni con i vigili, migliorato la segnaletica, mettendo cartelli dappertutto. Dobbiamo dare atto all'esperienza organizzativa di Renato Scotti Di Uccio, già alto ufficiale della Sanità militare e attuale segretario dell'Associazione. Generale in quiescenza, già presidente dell'Istituto di Medicina legale dell'Esercito e dentista anch'egli, ha il merito di avere preso 'strategicamente' di petto il problema dell'afflusso, facilitato peraltro dalla nostra insistenza per le iscrizione on-line: chi si iscriveva via Internet aveva infatti una corsia preferenziale per abbattere i ritardi e parcheggio gratuito nei tre giorni della manifestazione. Sembrano minuzie – dice Iorio –, ma sono in realtà importanti.

In crescendo gli Amici di Brugg 2011. Tra gli incontri più affollati, quello di Unidi/Andi di venerdì 27 in Sala Garberoglio, in cui molti sono dovuti imanere in piedi (vedi servizio in pagina seguente).

E comunque sembra che stiamo finalmente coronando il sogno che perseguiamo da quattro anni, di fare tutto via computer. Quest'anno abbiamo spedito 'solo' 25 mila pezzi cartacei".

Parliamo dei contenuti qualificanti della 54ª edizione.

"Abbiamo avviato l'internazionalizzazione, e ad alto livello. Sabato pomeriggio, in inglese, abbiamo avuto un importante relatore dalla Germania. L'anno prossimo l'internazionalizzazione verrò accentuata con il servizio di traduzione simultanea".

E il tema?

"Per la terza volta dedicato all'Estetica, e sempre nell'ultima settimana di maggio, com'è ormai tradizione per gli Amici".

Expodental: lanciata a Verona da Semios la campagna di promozione "scienza e magnificenza"

→ DT pagina 1

ha realizzato una campagna multisoggetto e bilingue – italiano e inglese – con il patrocinio del Comune di Roma, lavorando e giocando principalmente sui doppi sensi della terminologia odontoiatrica e i luoghi di Roma che maggiormente identificano la capitale. Essendo il nuovo slogan "tra scienza e magnificenza" per un perfetto connubio tra business e leisure, la strategia di comunicazione della prossima Expodental si prefigge di unire aspetti ludico culturali a quelli più prettamente merceologici e tecnico-scientifici, imprimendo pertanto una impronta culturale alla manifestazione

Presenta infatti otto differenti soggetti, richiami a elementi artistici della capitale ed allusioni tecniche che fondono il dentale con gli angoli più suggestivi di Roma in una mostra "da lasciare letteralmente a bocca aperta", come una celebre immagine antica.

Ecco come una "panoramica" diventa una splendida veduta sui Fori Imperiali, l'ultima nevicata su Roma uno "sbiancamento estetico" e l'"arcata superiore" altro non è che un elemento del Colosseo, mentre le colonne dei Fori appaiono come solidi pernomonconi. Iillustrata in dettaglio ai giornalisti mercoledì 4 dal Presidente Unidi, Matteuzzi, di Promunidi, Gamberini e da Roberto Rosso, titolare della Key Stone in un incontro a Verona (e il giorno dopo a Milano) la campagna è stata anche brevemente illustrata la promozione di Expodental fatta nel corso di varie fiere del settore (New York, San Paolo, Riyad, Shanghai, Seoul, Mosca, Dubai) e in altre capitali importanti.

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher **Torsten Oemus**

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editors Claudia Salwiczek, Anja Worm
Editorial Assistant Yvonne Bachmann
Copy Editors Sabrina Raaff, Hans Motschmann

© 2011, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.
Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek, Antje Kahnt
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong Tel.: +852 3113 6177 - Fax: +8523113 6199
The Americas Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Anno VII Numero 6, Giugno 2011
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Editore
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.+39.011.197.15.665 - fax +39.011.197.15.882
www.tueor.com - redazione@tueor.com

Sede amministrativa
Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino

Amministratore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Coordinamento tecnico-scientifico
Aldo Ruspa

Comitato scientifico
Gian Carlo Pescarmona, Claudio Lanteri, Vincenzo Bucci Sabattini, Gianni Maria Gaeta, Giancarlo Barbon, Paolo Zampetti, Georgios E. Romanos, Marco Morra, Arnaldo Castellucci, Alessandra Majorana, Giuseppe Bruzzone

Comitato di lettura e consulenza tecnico-scientifica
Luca Aiazzi, Ezio Campagna, Marco Del Corso, Luigi Grivet Brancot, Clelia Mazza, Gianna Maria Nardi, Giovanni Olivi, Franco Romeo, Marisa Roncati, Randal Rowland, Franco Tosco, Anita Trisoglio, Roly Kornblit

Contributi
M. Aversa, M. Diessner, L. Gatto, B. Impagliazzo, C. Maiorana, B. Moldenhauer, S. Oberman, R. Pellicano, F. Tosco, P. Visalli, D. Zimmermann

Coordinamento editoriale
Cristiana Ferrari

Hanno collaborato
Enrica Casalegno, Stefania Dibitonto, Alessia Murari, Francesco Pesce, Carla Ragni, Chiara Siccardi

Grafica e impaginazione
Angiolina Puglia

Realizzazione
TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

Stampa
Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità
TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti
TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10137 Torino
Tel. 011.197 15 665 - 011.0463350 - Fax 011.0463304
alessia.murari@tueor.com

Copia singola: Euro 3,00 - Arretrati: Euro 3,00 + sped. postale
Forme di pagamento:
Versamento sul c/c postale n. 65700361 intestato a TU.E.OR. srl; Assegno bancario o bonifico su c/c postale 65700361 intestato a TU.E.OR. srl IBAN IT95F0760101000000065700361
Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art.74 lettera C DPR 633/72

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

Dental Tribune Edizione Italiana fa parte del Gruppo Dental Tribune International che pubblica in 25 lingue in oltre 90 Paesi

Italian Edition Anno VII n. 6 - Giugno 2011

A che punto è la crisi? Rispondono Andi, Unidi (e Gherlone) in un workshop

→ DT pagina 1

L'appuntamento ha provocato, com'era intuibile, un intervento in blocco non solo della stampa di settore richiamata dal tema e dal "peso" dei relatori, ma anche di molti altri esponenti del comparto, per sentir illustrare un'analisi sinergica di professione e industria. Talmente numerosi gli intervenuti che nella sala molti han dovuto rimanere in piedi per ascoltare le valutazioni di Roberto Callioni (Andi) e quelle, altrettanto lucide ed eloquenti, di Roberto Rosso (Key Stone-Unidi).

Dopo una breve presentazione del presidente Unidi, Matteuzzi, secondo cui "il comparto ha bisogno di conoscere i suoi dati anche se crudi, crudeli o neri addirittura", Callioni ha sottolineato i punti più significativi dell'"Indagine congiunturale sulla professione odontoiatrica in Italia nel 2011", basata sulle risposte di 5589 dentisti certificati (termine che piace molto a Callioni, per sua stessa ammissione). Dalla ricerca emerge un Paese in sofferenza con una categoria affetta da sottoccupazione (30%), probabile conseguenza dell'onda di ritorno dello "tsumani" economico del 2008. Che dichiara ricavi inferiori nel 2009 e 2010 (in alcuni casi di oltre il 15%) e pertanto affetto da un pessimismo diffuso (45%) sul futuro, per nulla attenuato dall'entrata in campo dei Fondi integrativi, considerati con diffidenza quasi pari a quella che accompagna il tumultuoso evolversi del franchising odontoiatrico. L'analisi dimostra, quindi, che una percentuale cospicua (addirittura il 68,8%) della categoria deve rivedere i piani di vita e i progetti che si erano proposti prima della crisi, essendo venuto meno il privilegio che informava economicamente la professione e che pur tuttavia permane sebbene in forma minore. Basta confrontare le difficoltà d'inserimento e i guadagni che un giovane odontoiatra ha rispetto a quelli del possessore di un'altra laurea e della stessa età. Alla domanda se sceglierebbero la stessa professione, qualora potessero tornare indietro, la risposta di molti, a detta di Callioni, è stata "agghiacciante": certamente no.

Assai più favorevole il quadro presentato da Rosso nell'"Analisi di Settore" con l'apparente semplicità ed immediatezza di linguaggio che lo contraddistingue e che rende le cifre più ostiche, familiari anche ai più tetragoni. Rosso ha citato tre cifre esemplari della produzione italiana, che nel 2008 ammontava a 621, nel 2009 è precipitata a 597 raggiungendo quota 633 nel 2010 con un aumento di oltre il 6%. Un boom che fa eco a quello dell'export, precipitato da 360 (2008) a 352 (2009) ma risalito trionfalmente a 372 l'anno scorso. Più dolenti le note riguardanti gli accessi di pazienti che da 60 milioni nel 2008 sprofondano a 55 nel 2010 e il calo produttivo dei laboratori che registra l'anno scorso un 26% in meno.

Decisamente realistico e disincantato l'intervento di Enrico Gherone, ospite attentissimo in prima fila, invitato quasi per acclamazione ad un intervento non previsto. Per il consulente del Ministro Fazio, i dentisti "si sono abituati troppo bene", ma rispetto ad altri medici la categoria è ancora in posizione economicamente favorevole. Problema base: come fare in modo che anche il 60% dei pazienti che ancora non sanno cos'è il dentista, ci vada, perché tutto il sistema ruota attorno a lui. Occorre "stanare" i Fondi integrativi e collaborare in spirito di "realpolitik" con "la Politica" che, pretendendo prescrizioni dentali a costi più percorribili, mostra di avere a cuore la salute (e il consenso) dei cittadini, più che le sorti dei dentisti. Alla stessa "Politica" Gherlone chiede di imporre alle società di capitale (che egli non ama affatto e lo dice chiaramente) gli stessi limiti pubblicitari imposti ai professionisti. "Battere i pugni sul tavolo, come invocano alcuni colleghi – osserva Gherlone – è perfettamente inutile, può essere anzi controproducente. Certi individualismi non sono più percorribili. I tempi son cambiati e non torneranno più".

m.boc

ESACROM
electronics and medical devices
surgysonic MOTO
T-BLACK
MINORE ABRASIONE E USURA
MIGLIORE EFFICIENZA DI TAGLIO E MINOR RISCALDAMENTO DEI TESSUTI
SUPERFICIE ANTIRIFLESSO
SURGYSONIC MOTO rappresenta la svolta nella chirurgia dei tessuti duri. Ultrasuoni e micromotore chirurgico brushless due tecnologie - un dispositivo unico.
I MARZIANI DEGLI ULTRASUONI
The colour you feel
ESACROM SRL - Imola - Italy - Phone: +39 0542643527
E-mail: esacrom@esacrom.com - Website: www.esacrom.com

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 6 - Giugno 2011

L'isola del farmaco: c'è la bioequivalenza tra l'etico e il generico

S'intende per medicinale generico, un medicinale con stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di Biodisponibilità (D.L. 219/2006 - Art. 10).

Il termine "generico" è stato introdotto negli anni '90, ed è divenuto espressione comune nel 2001 per poi essere sostituito nel 2005 dalla legge 149 con la dicitura: "Farmaco Equivalente". Faremo luce in questo articolo proprio sul perché di questa modifica, analizzando la scelta e portando l'attenzione al corretto utilizzo o meno dei sinonimi.

Abbiamo citato la normativa che rivela e tutela gli aspetti più importanti in essere. Ma nello specifico come nasce un farmaco "equivalente"?

Sono medicinali equivalenti quei farmaci il cui principio attivo non sia più coperto da brevetto o certificazione di protezione complementare, immessi sul mercato ad un prezzo inferiore di circa il 20% rispetto all'originale. Per essere considerato tale, come cita la normativa, deve condividere lo stesso principio attivo, allo stesso dosaggio, nella stessa forma farmaceutica, in modo da essere assorbito nella stessa quantità.

Essere assorbito nella stessa quantità è il cardine dell'argomento; infatti, si parla di equivalenza farmaceutica o chimica se sono presenti questi tre requisiti, ma non sono però sufficienti a stabilire la stessa efficacia di un farmaco etico se privi di due elementi fondamentali: Bioequivalenza e Biodisponibilità.

La Biodisponibilità è la quantità di principio attivo assorbita dal sangue, per essere poi veicolata nel sito d'azione dove, legandosi ai recettori specifici, possa espletare l'azione farmacologica.

Notiamo allora che, se due molecole generiche non possiedono Biodisponibilità sovrapponibili che attestino la Bioequivalenza fra loro, non potranno rientrare nella definizione di Farmaco Equivalente. In altre parole, la sola equivalenza farmaceutica non è sufficiente a rendere equivalenti tra loro due farmaci: occorre che i due siano Bioequivalenti, e che la Bioequivalenza sia dimostrata da studi appropriati di Biodisponibilità. Va oltretutto considerato che gli studi condotti sulla differenza di Bioequivalenza tra un etico e un generico risulta "normale" con un margine di + - 20%.

Il che significa, che se un'azienda farmaceutica decidesse di mettere sul mercato, ad esempio, una molecola antibiotica e presentasse studi di Biodisponibilità con una differenza del 20% in meno rispetto all'etico, rientrerebbe nella normativa e sarebbe così prescrivibile dal medico o sostituibile dal farmacista. Ma il paziente, potrebbe formare resistenze? E se dietro prescrizione medica dovessimo assumere un antipertensivo, ogni 5 compresse sarebbe come se ne avessimo assunte 4? Per non chiederci cosa potrebbe accadere nei casi di pillole anticoncezionali o farmaci anticoagulanti e cardiologici.

Non è un caso che la normativa citi il termine Equivalente, che non è sinonimo di Uguale, e si tuteli così, proprio in virtù della Bioequivalenza, citandola per carità, ma quanti sono al corrente di questo "normale" + - 20% di differenza?

Anche se i pareri sono discordanti, qualcuno ritiene accettabile a livello chimico tale differenza, definendola "finestra di tollerabilità", trascurabile rispetto alla variabilità della risposta terapeutica.

Il razionale degli studi di Bioequivalenza è quindi ridurre ad un livello ragionevole e accettabile il rischio di Non Equivalenza terapeutica. Ridurre ad un livello ragionevole, però, non garantisce che il margine di differenza in questione non possa comprometterne l'efficacia. Lo Stato deve risparmiare, il medico attenersi alle limitazioni della spesa sanitaria, il paziente, se non è di troppo disturbo, guarire.

Barbara Impagliazzo
b.impagliazzo@libero.it

Gli scienziati dichiarano che la CUS è una malattia autoimmune

New York, Usa / Lipsia, Germania: I pazienti che soffrono di una malattia molto rara che colpisce la mucosa orale presto potranno ottenere sollievo grazie ad una nuova ricerca condotta negli Stati Uniti. Secondo un recente studio, gli scienziati della Tufts University, vicino a Boston, sostengono di aver trovato prove del fatto che la cosiddetta Stomatite Ulcerosa Cronica (CUS), caratterizzata da ricorrenti ulcere dolorose, è principalmente causata da una reazione autoimmune del corpo che distrugge il legame delle cellule interne allo strato superficiale del tessuto della bocca.

Secondo gli scienziati, si sono verificati soltanto una dozzina di casi di CUS in tutto il mondo da quando questa malattia è stata clinicamente identificata per la prima volta nel 1989, ma un numero maggiore di pazienti potrebbe essere stato colpito a causa dell'iter di analisi e della scarsa consapevolezza dei dentisti.

Affermano che, sebbene anche prima fosse noto che i pazienti affetti avevano autoanticorpi specifici, i ricercatori non sono in grado di determinare quanto abbia inciso realmente questo fattore sulla malattia. Con l'aiuto dei nuovi risultati, la CUS adesso potrebbe essere classificata come una malattia autoimmune, al fine di consentire una migliore gestione dei sintomi.

A causa della sua resistenza ai farmaci standard come i corticosteroidi, il trattamento di successo della CUS è stato raggiunto solo in alcuni casi attraverso l'idrossiclorochina, un farmaco da prescrizione principalmente utilizzato per prevenire la malaria e per trattare l'artrite reumatoide o il lupus.

Gli scienziati hanno affermato che, grazie ad una migliore comprensione dei meccanismi che collegano la reazione autoimmune alla piaghe ulcerose, potrebbero essere sviluppati nuovi metodi di trattamento per gestire questa malattia.

Finora, la CUS si è manifestata principalmente in donne caucasiche di mezza età. È possibile diagnosticarla solo con una biopsia chirurgica mediante un esame di immunofluorescenza al microscopio in un laboratorio esterno.

Nei normali ambienti clinici è possibile prendere il *lichen planus* erosivo per via orale, un'altra, più comune, malattia cronica che colpisce le superfici mucose, considerata anche questa una malattia autoimmune.

Daniel Zimmermann, *DTI*

FORB

Workshop per Odontoiatri
"PIEZOSURGERY MECTRON"
DATE E SEDI:
Venerdì 10 giugno ore 10-17 (Forb – Napoli)
Mercoledì 22 giugno ore 10-17 (Forb – Torino)
Martedì 5 luglio ore 10-17 (Forb – Genova)

Corso pratico di Endodonzia per Odontoiatri
"LE NUOVE TECNOLOGIE IN ENDODONZIA CLINICA"
DATA E SEDE:
Sabato 18 giugno ore 9-13
RELATORE: Dr. Damiano Pasqualini

Workshop per Odontotecnici
"IPS INLINE ONE: EFFICACIA ED EFFICIENZA"
DATE E SEDI:
Giovedì 13 ottobre ore 9-13 (Forb – Torino)
Venerdì 14 ottobre ore 9-13 (Forb – Napoli)
RELATORI: Odt. Fabio Immesi e Odt. Roberto Della Neve

Corso teorico-pratico per Odontotecnici
"PROTESI MOBILE INFRANGIBILE PER INIEZIONE: Myerson HotShotElite e Myerson FlexPress"
DATA E SEDE:
Venerdì 14 ottobre ore 9-17 (Forb – Genova)
RELATORE: Odt. Davide Scalavino

Corso teorico di chirurgia per Odontoiatri
"LA GESTIONE DEI TESSUTI NELLA CHIRURGIA IMPLANTARE AVANZATA.
DALLA ANATOMIA CHIRURGICA AI GRANDI ALLUNGAMENTI DEI LEMBI"
Evento accreditato ECM
DATE E SEDI:
Venerdì 14 maggio ore 9-18 (Forb – Torino)
Sabato 15 maggio ore 9-18 (Forb – Genova)
RELATORE: Dr. Fabrizio Morelli

Corso teorico di parodontologia
"LA DIAGNOSI E LA GESTIONE DEL PAZIENTE PARODONTALE A FINI IMPLANTARI"
Evento accreditato ECM
DATA E SEDE:
Sabato 15 ottobre ore 9-18 (Forb – Napoli)
RELATORE: Prof. Alessandro Leonida

Per informazioni e iscrizioni:
Sig.ra Silvia Neri
338 3568589
neri.silvia77@gmail.com

FORB SPA Sede Torino:
Via Fermi 8 - 10148 Torino
Tel.011/21.790 - Fax 011/21.790.50

Italian Edition *Anno VII n. 6 - Giugno 2011*

Osteointegrazione: uno studio sull'efficacia della medicina omeopatica

Recentemente è uscito un lavoro di Rubens Spin-Neto, pubblicato sulla rivista *Homeopathy* 2010,99,(4):249, che dimostra come la somministrazione del farmaco omeopatico, di origine vegetale, symphitum officinalis, possa aumentare l'apposizione di nuovo osso intorno a microimpianti in titanio inseriti nelle tibie di ratti maschi. Il medicamento è indicato per il trattamento delle fratture ossee.

In effetti, la preparazione dell'alveolo chirurgico è un atto che guarisce dal momento dell'inserzione dell'impianto nello stesso modo in cui guarisce l'osso in seguito ad una frattura. Pertanto, è ipotizzabile come una terapia coadiuvante il periodo dell'osteointegrazione possa giovarsi della somministrazione di questo farmaco di origine naturale privo di effetti collaterali.

In questa ricerca, condotto da Rubens Spin-Neto e collaboratori, viene valutata l'efficacia del symphitum diluito e dinamizzato, perché in dose ponderale potrebbe risultare epatotossico. Nello studio venivano trattati con il rimedio omeopatico 32 topi impiantati, mentre altri 32 topi impiantati facevano parte del gruppo di controllo, rimanendo quindi privi di somministrazione di symphitum. Sono state effettuate diverse analisi biochimiche su entrambi i gruppi, tra cui ALT e AST, per evidenziare l'eventuale tossicità del farmaco. Lo scopo del presente studio è volto a dimostrare l'aumentata densità ossea nella zona di impianto in topi trattati con l'omeopatia rispetto al gruppo di controllo. Gli autori si sono serviti di radiografie digitali di controllo su sei punti intorno al microimpianto, effettuate a partire dal giorno dell'inserimento dei microimpianti (RX iniziale), fino ad un massimo di 56 giorni di distanza (RX finale), epoca in cui avveniva il sacrificio delle cavie.

Il sacrificio è avvenuto rispettivamente dopo 7, 14, 28 e 56 giorni. L'efficacia del trattamento è stata valutata anche con il torque di rimozione dei microimpianti. Lo studio ha evidenziato la maggior efficacia del trattamento con symphitum officinale nei primi 14 giorni. Le analisi biochimiche ALT, AST E ALP sono state effettuate soltanto ai ratti sacrificati il 56° giorno e hanno evidenziato mancanza di tossicità del rimedio omeopatico e l'aumentata produzione ossea (ALP).

Sarebbe interessante effettuare uno studio anche sull'uomo tenendo presente la mancanza di effetti collaterali e i potenziali benefici.

Paolo Visalli

Fonte: Homeopathy. *Volume 99, Issue 4, October '10, Pages 249-254.*

Per info e gruppo di studio:
odointegrata@hotmail.it

The universe at your fingertips
La dentina del canale radicolare, pulita e decontaminata con il laser a Erbio
LightWalker
Il laser odontoiatrico più evoluto al mondo, finalmente per tutti.
LightWalker ST-E Basic:
• Laser Er:YAG con durata di impulso variabile (50, 100, 300, 600, 1000 µsec)
• Trattamenti Parodontali ed Endodontici
• Odontoiatria conservativa
• Chirurgia dei tessuti molli
• Braccio articolato leggero e perfettamente bilanciato
• Touch Screen a colori, semplice ed intuitivo
• Trattamento di sbiancamento TouchWhite™, sicuro, efficace e fino a 10 volte più veloce (Optional)
• Predisposizione per il sistema PIPS®, metodo rivoluzionario per la decontaminazione e la rimozione dei detriti del canale radicolare, attraverso l'energia del laser ad Erbio.
LightWalker ST-E Basic
Prezzo di Lancio
€ 25.600,00
Vivi una nuova esperienza nel mondo dei trattamenti laser odontoiatrici.
EMMECI 4 sarà presente al III WORLD FEDERATION FOR LASER DENTISTRY, Roma, 9-11 Giugno.
www.lightwalkerlaser.com
888997/5.0
SONO INTERESSATO A:
CORSO FORMAZIONE PIPS®
CORSO FORMAZIONE LIGHTWALKER
Per iscriverti ad uno dei nostri corsi, compila il coupon e consegnalo al nostro stand ad AMICI DI BRUGG oppure spediscilo al numero di fax 0521 273866.
Sarà nostra cura contattarti per fornirti maggiori informazioni.
NOME
COGNOME
CITTA'
INDIRIZZO
NUM. TELEFONO
E-MAIL
PROFESSIONE
EMMECI Quattro
www.emmeciquattro.com
EMMECI 4 S.r.l.
Via Traversante S. Leonardo, 13/A
43122 Parma (Italia)
Tel. +39 0521 775337
Fax +39 0521 273866
info@emmeciquattro.com
Fotona
choose perfection

Anno VII n. 6 - Giugno 2011 Italian Edition

Tecnologie e metodi nelle attività professionali

La possibilità di interazione a distanza tra i fornitori di servizi e i clienti, soprattutto negli ambiti operativi che prevedono l'uso intensivo – se non esclusivo – di supporti elettronici, esiste ormai da tempo e si può intendere di uso corrente.

Sono meno sviluppate, invece, le interazioni che avvengono in ambito audio-video. Queste sono intese più come accessorio con aspetti privati o, talvolta, ludici che non come supporto alla pratica professionale. Alcuni esperimenti sono stati tentati, ma con scarso appeal sulla potenziale utenza. Si pensi ad esempio alla campagna promozionale di qualche tempo fa sul telefono fisso con l'aggiunta di un piccolo monitor per vedere l'interlocutore.

L'oggetto è stato praticamente rifiutato dal mercato e non se n'è più sentito parlare[1]. Sembra al momento che l'applicazione della videocamera sul mobile stenti allo stesso modo a diffondersi, se si esce dallo spazio privato e si pensa ad un uso professionale.

L'uso dell'audio-video per attività professionali, seppure ancora non molto diffuso ma potenzialmente espandibile, è stato con forza incrementato dall'introduzione di skype. Relativamente semplice da usare e gratuita l'acquisizione, lo strumento informatico è passato velocemente ad un uso professionale o, almeno, potenzialmente tale, dopo aver trovato spazio nel mondo degli utenti giovani per finalità diverse. La spinta principale è favorita, almeno in Italia, dall'assenza dei costi telefonici per le comunicazioni, con chiunque e in qualunque parte del mondo si trovi, poiché viaggia sulla rete che già si possiede e si paga. Esistono ancora difficoltà operative per l'uso professionale, talvolta è necessario inviare file all'interlocutore se si vuole discutere sullo stesso documento[2], anche se è possibile trasferirli direttamente con skype mentre si sta sostenendo la conversazione.

È anche possibile sostenere un colloquio con più soggetti contemporaneamente, tutti possono partecipare alla discussione e, nell'ultima versione, questa possibilità è stata perfezionata ulteriormente con dei costi irrisori[3].

Per le esigenze professionali esistono altri prodotti più avanzati, che permettono la partecipazione simultanea di più interlocutori in una stanza virtuale, anche se fisicamente ognuno di loro si trova in altrettante diverse località, nella quale tutti si vedono e interagiscono, ognuno con il suo computer. Si dispone di una lavagna virtuale sulla quale è possibile operare come su una lavagna reale e tutti si possono scambiare documenti con tutti gli altri[4].

Il vantaggio principale è costituito dall'eliminazione delle distanze fisiche per i meeting e dal conseguente tempo richiesto per gli spostamenti

L'obiettivo è "muovere le idee e non le persone"[5]. Occorre quindi analizzare se, nella pratica professionale quotidiana, l'introduzione dell'audio-video a distanza rappresenti un vantaggio, quali siano i contenuti che si possono veicolare e con quali risultati, dove sia meglio invece – e con quale frequenza – mantenere le procedure attuali o integrarle con i supporti elettronici, quali siano le componenti professionali più adatte ad essere trasferite nella comunicazione a distanza, quali siano tout court le professioni che vi si possono maggiormente adattare. Infine, verificare se, sotto la spinta dei cambiamenti globali in atto e delle indicazioni sulla necessità di individuare nuovi modelli di business, questo processo di comunicazione a distanza non rappresenti, esso stesso, un potenziale nuovo metodo del modello di business.

Proviamo a individuare alcuni punti sui quali riflettere.

Interrogativi

1. Un sistema audio-video rischia di essere utilizzato in sostituzione dell'esistente. È il caso degli sms per confermare gli appuntamenti, dove l'informatica si riduce a sostituire il messaggio cartaceo [la lettera, NdA] seppure in tempi più rapidi, senza risolvere le difficoltà di feedback. È anche il caso di molte delle lezioni per la formazione a distanza, dove il più delle volte si ha un dicitore che recita in modo semplificato ciò che si può leggere su un libro o su dispense, ai quali si deve comunque accedere dopo la lezione.
2. Questo sistema non è fruibile nei casi in cui sia indispensabile la presenza fisica degli interlocutori. Nei casi clinici è la visita del paziente e la diretta azione terapeutica. In quelli di consulenza (organizzazione, fiscale ecc.) è certamente il primo incontro con il cliente, per verificare e/o creare il feeling necessario per l'eventuale rapporto successivo. Allo stesso modo, i momenti di didattica tecnica (es.: come si maneggia un attrezzo, come si utilizza una macchina, come si usa la voce nel rapporto con il cliente ecc.) non raggiungono l'obiettivo o risultano assai meno efficaci senza la presenza materiale del tutor.
3. Il sistema a distanza non può sostituire in toto la presenza vis à vis. Per le professioni che prevedono dei momenti di sintesi (ad es.: una verifica trimestrale dell'avanzamento lavori, il punto a cui è giunto il livello di apprendimento, un test sull'applicazione delle procedure, un risultato economico di un certo periodo, il confronto su dati particolarmente riservati ecc.) è necessario mantenere dei momenti di incontro reali e non solamente virtuali.

Vantaggi

1. Risparmio del tempo di spostamento che, per molte professioni, rappresenta uno dei costi maggiori, Scendendo nel particolare, le varie professioni richiedono, verso i rispettivi clienti, spostamenti più o meno frequenti. I clinici in genere non si spostano, tolto il caso di quelli che sono tenuti alle visite domiciliari. Negli altri casi, essendo necessaria un'attrezzatura fissa, collocata in modo stabile nello studio, è il cliente che si deve recare fisicamente presso il professionista. Ma anche nei casi del professionista clinico, non sempre è necessaria la presenza reale presso lo studio. Sta naturalmente al professionista, attraverso l'analisi di tutti i diversi momenti della filiera di lavorazione che prefigurano un colloquio con il cliente, individuare in quali si potrebbe evitare di richiederne lo spostamento. Anche l'eliminazione di qualche spostamento presso lo studio rappresenterebbe già, di per sé, un importante valore aggiunto positivamente percepito dal cliente. I consulenti d'azienda, in particolare il commercialista[6] e il consulente del lavoro, quando svolge seriamente il suo compito, si spostano già molto di più. Ma molti di essi potrebbero venire tranquillamente sostituiti da incontri virtuali audio-video senza scadimento della qualità del servizio. Soprattutto quando si tratta di clienti ormai acquisiti e di cui è nota la situazione aziendale. Un incontro reale di mezz'ora sottrae al professionista almeno un'altra ora tra l'andare e tornare, tempo di cui spesso non dispone. È costretto così a rinviare l'incontro, a non affrontare tempestivamente il problema, correndo anche il rischio di essere interpretato come scarsamente efficiente e disponibile. Deve anche talvolta rifiutare nuove consulenze per mancanza di tempo, o deve implementare il numero dei collaboratori per farsi sostituire. Naturalmente lungi da me l'idea di opporre resistenza a necessarie nuove assunzioni. Ma è un segno di cattiva organizzazione il doverlo fare perché non si utilizzano gli opportuni suggerimenti offerte dalle nuove tecnologie. I consulenti di organizzazione, superato l'avvio del lavoro, possono svolgere gran parte dell'azione attraverso i nuovi supporti informatici, oppure in rete con interazione a distanza, o con supporti audio-video per i momenti relazionali tra persone. Se poi si entra nell'area marketing e dei social network, cioè nell'area dei nuovi linguaggi, diventa addirittura determinante l'uso delle opportunità tecnologiche. Lo stesso discorso vale sostanzialmente, in misura maggiore o minore, per tutto il mondo articolato delle professioni moderne[7].
2. Ridefinizione del tempo fruibile. Riducendo in modo importante il tempo sottratto dagli spostamenti, è possibile riprogrammare il proprio lavoro in funzione del tempo liberato. Il tempo utile per il lavoro, a parità di durata, viene notevolmente incrementato dall'eliminazione degli sprechi di spostamento.
3. Superamento del vincolo logistico. Le relazioni audio-video possibili non sono vincolate ad uno spazio fisico. Possono realizzarsi in qualunque luogo esista un allacciamento alla rete[8]. Il primo grande esempio è stato il telefono cellulare che, con il superamento del vincolo ad un apparecchio fisso situato in un luogo specifico (il cordless è stato un palliativo), ha permesso comunicazioni nello spazio aperto senza diretta relazione con il luogo da cui partono o in cui arrivano. Il fatto che alcuni lo usino per dire "butta la pasta" o che i ragazzini lo usino per inviarsi sms, non cancella il dato che esso sia diventato, per il mondo del lavoro, uno strumento indispensabile. Il mobile ha modificato i momenti delle telefonate. In precedenza gli spostamenti erano solo tempo sottratto al lavoro. Ora sono, e lo saranno sempre più, momento di chiamate e risposte[9]. L'audio-video segue lo stesso percorso e obbligherà le istituzioni a dotare il territorio[10] di collegamenti wi-fi, oltre che nei luoghi di maggior attesa o transito, dove già esiste.

→ DT pagina 7

Milano
Il Duomo.
Roma
Il Foro.
Venezia
Il ponte di Rialto.
way®
È tutta italiana la nuova via all'implantologia.
Ergonomia chirurgica, libertà protesica ed estetica. Per gestire al meglio tempo e risorse, e far sorridere i pazienti.
Scegli la filosofia implantare GEASS: 1 protocollo, 3 connessioni, tante soluzioni protesiche
e la prima superficie biomimetica per una perfetta osteointegrazione, SYNTHEGRA.
Tutto questo è way MILANO connessione interna, way ROMA connessione transmucosa, way VENEZIA connessione esterna.
L'idea vincente è
GEASS® TUTTO PER UN SORRISO
www.geass.it

← DT pagina 6

4. Possibilità di assistenza. Lasciando attivi l'audio e la webcam, è possibile realizzare a distanza l'affiancamento formativo durante i momenti di applicazione sul campo. È possibile intervenire immediatamente per i necessari suggerimenti, esattamente come se si fosse fisicamente presenti[11].
5. Obbligo della sintesi nella discussione. In una situazione vis a vis il modo di affrontare i problemi contiene sovente affermazioni dispersive (parentetiche e/o incidentali) che hanno scarso rapporto con l'argomento da affrontare, ma che allungano i tempi dell'esposizione in modo estemporaneo. A volte anche rendendo poco chiaro e lineare il pensiero esposto. La relazione consulente-cliente in audio-video tende ad essere molto concreta e sintetica. Facilita la concentrazione sulla questione da affrontare e sottolinea, poiché utilizzata nell'ambito del lavoro, la totale adeguatezza del metodo con gli aspetti tecnici insiti nel momento di colloquio.
6. Possibilità di rendere più efficienti tutti i momenti di meeting che prevedono la partecipazione di più persone. Non sto pensando a situazioni che rispecchiano la formazione a distanza o quelle della conferenza, dove il tipo di comunicazione è da uno (emittente) a molti (riceventi o uditori non attivi, che non interagiscono). Sto pensando ai momenti in cui l'incontro, generalmente ristretto, prevede il dibattito e la partecipazione attiva di tutti (la comunicazione da molti a molti). Meeting di questo genere (che possono riguardare tanto la riunione di redazione di un quotidiano quanto il confronto sulle strategie aziendali di prodotto o di inserimento sul territorio, tanto per fare degli esempi), compresi molti dei meeting degli organismi direttivi delle Associazioni, interessano quasi sempre figure professionali con poco tempo a disposizione, dove ritagliare anche lo spazio degli spostamenti è problematico, che risiedono in località distanti tra loro o che sono sovente in viaggio. Si cerca quindi di individuare dei luoghi "comodi per tutti", modo raffinato per dire che sono scomodi per tutti, che finiscono per essere aeroporti o alberghi limitrofi, dove si vanno a sommare le scomodità, i costi di spostamento, la connessa mancata produzione abituale, il costo del tempo dedicato. Oltre a ciò, è assai più facile individuare dei momenti in cui tutti possono partecipare a video, anche in tempi e in orari che non sarebbero proponibili se connessi con uno spostamento. Tre ore di meeting a video durano tre ore. Le stesse tre ore connesse allo spostamento, quando va bene, durano una giornata. Con annessi importanti costi, soprattutto se ripetuti, che potrebbero essere eliminati.

Mi rendo conto che quanto indicato è ancora un primo approccio ad una realtà che sta avanzando, e sulla quale la riflessione è ancora agli inizi. Ma la velocità del cambiamento ci obbliga a considerare il fenomeno con attenzione e impegno, visti gli indubbi aspetti positivi che sembra portare con sé.

Franco Tosco – *Lessicom srl*

Note

1) Occorre dire che la campagna era stata impostata senza pensare agli aspetti fastidiosi che poteva suggerire all'utenza e che invece sono scattati immediatamente. Il telefono fisso, se collocato in casa, può rivelare atteggiamenti, abbigliamenti e situazioni adatte all'audio ma non al video, o può richiedere collocazioni fisiche che si scontrano con il relax, oppure impedire l'utilizzo del cordless ecc. Se collocato sul posto di lavoro ha altrettante connotazioni negative. Infine, le nuove tecnologie mobile hanno praticamente relegato nell'antiquariato l'apparecchio fisso, doppione del cellulare con doppi costi.
2) È vero che si può accedere al desktop dell'interlocutore, ma il processo è poco fluido e talvolta farraginoso.
3) Il problema vero è dato dalla banda su cui transitano i segnali, che in alcune aree del nostro paese è insufficiente a permettere un colloquio accettabile a causa delle frequenti cadute della connessione.
4) Elemento importante è l'assorbimento di banda, poco rilevante come skype ma con maggiore stabilità di collegamento. Alcuni sistemi prevedono fino a 1000 teorici collegamenti simultanei. Ma una funzionalità accettabile, stando attenti agli orari nella giornata, la si ottiene con un numero di connessioni simultanee da cinque a dieci (!).
5) Frase guida del programma audio-video FeedbackIVCTM.
6) Si ringrazia il dott. Federico Moine dello Studio Professionale Moine-Branca, Commercialista e Consulente Andi per la Regione Piemonte, per i preziosi consigli e suggerimenti.
7) Esistono delle perplessità, seriamente motivate, all'uso esclusivo degli strumenti audio-video nei momenti in cui è prevalente l'aspetto dell'empatia. La comunicazione virtuale può inficiare il senso di appartenenza al team di lavoro. Può funzionare per il consulente freelance, ma può danneggiare un team, se non affiancata da momenti di compresenza reale. Per contro funziona sicuramente con il cliente per gli aspetti tecnici, perché immediata, più veloce e tempestiva. Ma sarebbe rischiosa se non sostenuta da momenti di reale incontro, seppure maggiormente diluiti nel tempo. Tuttavia la strada deve essere percorsa e studiata con attenzione e va sperimentata in anticipo perché, piaccia o no, questa è la tendenza dei sistemi di comunicazione nelle interazioni lavorative. Il motivo è che costa infinitamente meno del sistema in vigore. Non ci vuole quindi la palla di vetro per dedurne che sarà vincente.
8) È vero che nel nostro paese, rispetto alle questioni della rete, siamo tra gli ultimi al mondo. Ma questo non ci deve esimere da capire che le relazioni aziendali e professionali del mondo avanzato transitano sulla rete e si incrementeranno sempre di più. Il motivo è sempre lo stesso: costano meno e fanno risparmiare tempo, e il tempo è anch'esso un costo. Abbattere i costi, nella crisi internazionale persistente, è un dato imprescindibile.
9) La dimostrazione è la variazione del codice della strada, con l'obbligo dell'auricolare o del vivavoce.
10) I verbi al futuro valgono per l'Italia, perché in molti stati occidentali il wi-fi esiste praticamente ovunque.
11) In certi passaggi della filiera di lavorazione, nell'ambito dell'organizzazione degli studi odontoiatrici, si ottengono risultati addirittura migliori con la presenza virtuale. Soprattutto quando la presenza fisica è sconsigliabile perché percepita come un'intrusione in un colloquio privato. È il caso della presentazione dei preventivi o della proposta delle modalità di pagamento.

Eccellente protezione dalla perdita di smalto dentale

elmex® PROTEZIONE EROSIONE

67% di riduzione della perdita di smalto dentale

L'innovazione

Il collutorio elmex® PROTEZIONE EROSIONE protegge efficacemente dalla perdita di smalto dentale.
La sua combinazione unica di principi attivi, cloruro stannoso e fluoruro amminico:

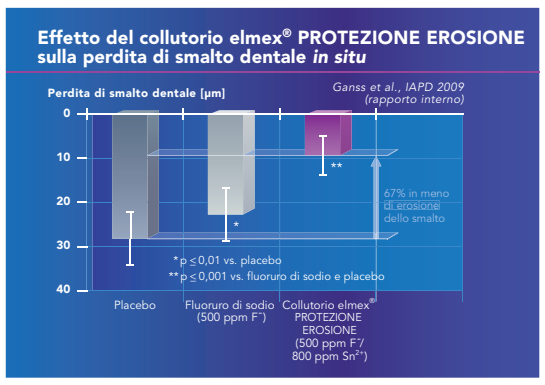
- forma sulla superficie del dente uno strato ricco di ioni stannosi che vengono incorporati nello smalto aggredito
- inibisce efficacemente la perdita di smalto dentale
- rende lo smalto dentale più resistente agli attacchi erosivi degli acidi

Ricerca scientifica

Nello studio *in-situ*, campioni di smalto e dentina sono stati esposti 6 volte al giorno per 5 minuti ad un'alta concentrazione di acido citrico (pH 2,3).

Risultati

L'applicazione del collutorio elmex® PROTEZIONE EROSIONE, una volta al giorno per una settimana, ha ridotto considerevolmente la perdita di smalto dentale causata dagli attacchi erosivi degli acidi.


Effetto del collutorio elmex® PROTEZIONE EROSIONE sulla perdita di smalto dentale in situ
Perdita di smalto dentale [µm]
Ganss et al., IAPD 2009 (rapporto interno)
0
10
20
30
40
67% in meno di erosioni dello smalto
*p ≤ 0,01 vs. placebo
**p ≤ 0,001 vs. fluoruro di sodio e placebo
Placebo
Fluoruro di sodio (500 ppm F⁻)
Collutorio elmex® PROTEZIONE EROSIONE (500 ppm F⁻/ 800 ppm Sn²⁺)

Lo studio ha mostrato anche una riduzione del 47% della perdita della dentina rispetto al placebo.

GABA Vebas
The specialist in oral care

Via Giorgione 59/63 - 00147 Roma
Servizio Clienti 02 95 75 34 02 - Centralino 06 54 89 31
www.gaba-info.it

Dental Tribune
Anno VII n. 6 - Giugno 2011
Italian Edition

Mediazione in odontoiatria Opinioni a confronto

← DT pagina 1

Se, con la mediazione, riusciamo a smaltire le cause e a ridurre il numero di quelle che approdano in tribunale, potremmo pareggiare il bilancio della giustizia". Secondo l'OUA, Organismo Unitario dell'Avvocatura, la mediazione obbligatoria inciderà su oltre mezzo milione di cause.

Cosa ne pensano gli addetti ai lavori?

Raccogliendo i commenti apparsi di recente sulle riviste del settore e sul web appare chiara la varietà e divergenza di pareri. Riportiamo di seguito le opinioni del mondo odontoiatrico, medico-legale, universitario, sindacale, di categoria, legale e assicurativo.

Secondo Fabrizio Montagna, presidente Società italiana di Odontoiatria legale e assicurativa (Siola), le energie impiegate nella procedura di mediazione "a fronte di numerose sedute, non danno soddisfazione per una naturale rissosità nazionale, per i numeri statistici ed economici flebili e perché in contraddizione con la sociologia del lavoro delle professioni, il cui ruolo è detenere conoscenze convertibili in vantaggio economico (principio in questo territorio inesistente). In buona sostanza, ritengo che l'entrata in vigore dell'istituto sia una meritoria istituzione giuridica, che lascerà sostanzialmente inalterati i numeri e i percorsi giudiziari del futuro, in quanto avversato dalla professione medica e giuridica". Paolo Monestiroli, odontostomatologo e titolare di Medicina legale presso il San Raffaele di Milano ritiene che la procedura "potrà generare, se ben sfruttata, vantaggi per il cittadino e per la professione odontoiatrica. Proprio nelle parti è insita la volontà o la possibilità di giungere a un accordo, che il più delle volte non ha avuto un esito positivo per risvolti non transattivi dovuti a divergenze di vedute sulla valutazione di pochi punti in percentuale […]; non bisognerà però tralasciare i valori umani di ogni individuo, che potrebbero, in ogni istante del percorso conciliativo, stravolgerne il risultato".

Secondo Marco Scarpelli, odontologo forense, vi sono molte zone d'ombra: "Ritengo molto difficile giudicare, a priori, se la mediazione risulterà efficace per gestire o per ridurre i tempi del contenzioso in odontoiatria. Non mi sembra uno strumento adatto a diminuire, in origine, il contenzioso, ma piuttosto, nelle intenzioni, a limitarne la durata e, quindi, abbatterne tempi e relativi costi economici e di stress. In ogni caso rimango scettico e, per quanto ho potuto comprendere delle modalità attuative, risultano ancora ampie zone d'ombra e aspetti da chiarire". Scarpelli ritiene inoltre che la professione medica e odontoiatrica debbano dotarsi "di meccanismi automatici di gestione del contenzioso a fini conciliativi". Il parere di Paolo Arbarello, direttore dell'Istituto di Medicina legale dell'Università "Sapienza" di Roma e presidente della Società italiana di Medicina legale (Simla), la mediazione "servirà solo nei casi più grossolani […]; non ritengo che riuscirà a risolvere i casi di contenzioso. A meno che non siano manifestamente pretestuosi. Quando c'è realmente un problema di danno da accertare non possono che intervenire dei tecnici, il medico legale diventa indispensabile". Secondo Giovanni Cannavò, presidente dell'associazione medico-giuridica "Melchiorre Gioia", è "un meccanismo che va sperimentato […]; la mediazione rappresenta senza dubbio un nuovo strumento e una nuova sfida per cercare una soluzione ai conflitti in un settore così delicato come quello della responsabilità medica. Siamo quindi tutti chiamati, oggi, a fare un sforzo mentale per superare l'ottica avversariale – tipica del contenzioso – e sperimentare una nuova strada. La mediazione infatti – diversamente dal processo civile – è uno strumento che permette di risolvere un possibile conflitto attraverso la riconciliazione degli interessi delle parti. Più esattamente, in mediazione – pur non prescindendo dagli aspetti giuridici del conflitto e dal potere che le parti hanno –, si cerca la possibile soluzione facendo emergere, e dando quindi valore e rilevanza, anche agli interessi delle parti stesse.

Gli Ordini e i Sindacati

La Federazione Nazionale degli Ordini professionali (Fnomceo) secondo le affermazioni di Gabriele Peperoni, segretario della Federazione e delegato per la materia, punta "all'uniformità sul territorio; un regolamento valido su tutto il territorio e un'intesa con il Consiglio nazionale forense (CNF), in modo che gli Omceo interessati possano accreditarsi come Organismi di mediazione, nonché un corso unico di formazione per preparare i conciliatori sulle tematiche della sanità, dal risk management ai danni biologici e alla deontologia. L'intenzione è arrivare al riconoscimento in capo al medico della funzione di mediazione che gli è propria. Pensiamo ai casi di danno biologico, in cui solo questa figura può dare una risposta".

"Mi sembra una buona cosa, afferma Salvatore Rampulla, Segretario generale Aio. Lo spirito con cui è stata promossa questa legge è stato ridurre l'affollamento del contenzioso presso il tribunale. È evidente che, se una lite può essere chiusa di fronte a una commissione conciliativa direttamente tra professionista e cittadino, si crea un alleggerimento del lavoro del tribunale, con un vantaggio per le parti, ma anche per l'amministrazione giudiziaria". C'è però la preoccupazione che lo strumento, poco costoso e agevole, possa invogliare molti cittadini che ritengono di aver subito un danno a citare il proprio dentista.

Della stessa opinione è il segretario nazionale Andi, Alberto Libero, perché il rischio è che passi l'idea di "un sistema facile e poco costoso per fare causa al medico e si intraprenda questa strada anche quando non ci sono le condizioni per farlo" Libero è comunque "favorevole a tutte le iniziative volte a semplificare e sburocratizzare il contenzioso medico-paziente" anche se è "impossibile dare oggi un giudizio sulla conciliazione obbligatoria, in quanto, di fatto, non è ancora pienamente operativa".

Molto critico appare lo SMI, sindacato dei medici italiani. "Dalla padella alla brace" – afferma Salvo Calì, segretario generale – "in piena esplosione di denunce per la cosiddetta malasanità, invece di attivare proposte per far funzionare la nostra macchina giudiziaria e stimolare la nascita di Camere di Conciliazione con evidenti profili di professionalità, si vara un sistema che vede protagonisti enti pubblici e privati (spesso società di capitali con possibili conflitti di interessi) con mediatori con appena 50 ore di formazione e, spesso, senza alcuna conoscenza del diritto e delle leggi del nostro Paese. Così, un medico accusato di negligenza si troverà a dover discutere di una mediazione proposta da chi non ha alcuna conoscenza nel campo della responsabilità medica. E se il professionista non dovesse accettare la proposta si troverà trascinato davanti al giudice, con il pregiudizio di aver respinto una mediazione e con il possibile onere delle spese".

Il mondo legale e assicurativo

Silvia Stefanelli, del Foro di Bologna, esperta in diritto sanitario, pone l'accento sulle difficoltà pratiche da parte delle strutture pubbliche di gestire il nuovo istituto della mediazione per quanto riguarda la possibilità di mediare da parte di una pubblica amministrazione e sui possibili profili di responsabilità amministrativa del funzionario che partecipando alla mediazione decida di accettare un accordo conciliativo impegnando in questo modo l'ente ospedaliero. Nel caso che "l'Asl o l'ospedale ritenessero non sussistere alcun profilo di colpevolezza, la scelta di mediare magari versando denaro non dovuto al paziente potrebbe effettivamente configurare una responsabilità in capo al funzionario pubblico. Ove invece – anche in base agli accertamenti interni o a quelli svolti nel corso della mediazione o comunque per lo stato dei fatti o della documentazione – emergessero profili di responsabilità della struttura, senza dubbio in questo caso si aprirebbe uno spazio di discrezionalità per il funzionario". Il giudizio di Vittorio Verdone, direttore Ania, è alquanto critico, rilevando diversi nei della procedura: "In primo luogo la questione dell'obbligatorietà: le conciliazioni sono negoziazioni con una grande componente cooperativa; serve una volontà di accordo bilaterale. Secondo punto critico è l'unilateralità della scelta dell'organismo: una delle due parti subisce la scelta dell'altro; chi parte prima vince. L'aspetto più grave è che la disciplina non ha previsto l'obbligo di specializzazione: ci sono 160 organismi ai nastri di partenza i cui regolamenti non prevedono elenchi di operatori specializzati".

La nostra opinione

Come ogni nuova procedura, particolarmente in un campo così delicato quale quello delle controversie in ambito sanitario, appare ovvio e scontato che si renderanno necessari degli aggiustamenti e che la novità che deve essere testata sul campo. Certamente è una procedura che non può applicarsi con successo in tutte le fattispecie, ma la nostra posizione è decisamente favorevole. Ritroviamo numerosi elementi di convergenza con la posizione di Cannavò e riteniamo che nel corso della procedura si possono realizzare, quale la ripresa della comunicazione tra le parti, che nelle aule di tribunale non si riesce quasi mai a conseguire. Nel corso della procedura vi è più spazio ovvero maggiore possibilità di far emergere dei fattori emotivi quasi sempre non evidenziati in modo esplicito e che in alcuni casi, per il paziente leso, possono essere addirittura più importanti, o quantomeno altrettanto importanti, di quelli economici. Un aspetto certamente fondamentale, da pianificare con attenzione, è quello della formazione dei mediatori che, partendo dalla imprescindibile conoscenza tecnica della materia medica e medico-legale, devono necessariamente acquisire una mentalità neutrale (non orientata alla classica antinomia torto-ragione), sviluppare le abilità di negoziazione, dedicare maggiore attenzione alla comunicazione e all'ascolto.

Dalla combinazione di questi nuovi elementi, con la guida di un mediatore preparato e disponibile, si potranno adottare soluzioni creative non possibili da realizzare con la procedura ordinaria; anche operando delle concessioni rispetto alla propria proposta originaria. Ipotesi pratiche di soluzione che partendo dai bisogni reali delle parti riescano a soddisfarli in un modo più globale, non solo economico.

In sintesi, il nostro pensiero è magistralmente riassunto da questa famosa affermazione: *"Scoraggia la lite. Favorisci l'accordo ogni volta che puoi. Mostra come l'apparente vincitore sia spesso un reale sconfitto… in onorari, spese e perdite di tempo"* (Abraham Lincoln).

Mario Aversa
Odontoiatra, Medico-legale, Salerno - www.odontolex.it

Prevenire gli errori odontoiatrici (e loro conseguenze legali)

Un'opinione dagli Stati Uniti

Il contenzioso per pratiche odontoiatriche erronee, o ritenute tali, è in aumento. Ora più che mai i dentisti hanno bisogno di gestire correttamente il problema dei rischi professionali, per evitare conseguenze legali. Si devono stilare registrazioni accurate, i pazienti devono essere debitamente informati e attivamente coinvolti nel trattamento. Applicando queste semplici linee guida, il rischio di azioni per "malpractice" professionale si riduce notevolmente.

Terminologia giuridica

I dentisti devono possedere una conoscenza base della terminologia giuridica, per diminuire le probabilità di reclami nei loro confronti. In un'azione avente per oggetto uno o più errori professionali, l'accusa comune è la negligenza. Per dimostrare che un dentista è stato negligente, il paziente deve basarsi su quattro elementi: in primo luogo, deve dimostrare che l'odontoiatra avrebbe dovuto usare la dovuta diligenza. In seconda battuta, una volta che venga accertata la prima condizione, il paziente deve dimostrare che il dentista abbia violato tale obbligo. In terzo luogo, deve esserci un danno per il paziente. Infine, suddetto danno deve essere causato da un'inadempienza nel corso del trattamento.

La maggior parte dei dentisti è consapevole del fatto di dover rispettare i protocolli. Molte azioni legali sostengono semplicemente che il dentista non li ha onorati. Il livello di cura per un dentista è quello d'attenzione che ci si aspetta da un professionista ragionevolmente competente, che agisca in circostanze analoghe. Importante segnalare che il livelli di cura si basano sulla preparazione media, non su quella specialistica o su una piccola percentuale dei dentisti migliori a livello nazionale.

Lo standard di cura si basa sul livello su cui un dentista prudente, con stessa formazione ed esperienza, può operare in circostanze analoghe.

La cosiddetta regola del "last-clear-chance", traducibile con "l'ultima chance per ovviare a un danno", dice che se il dentista ha informazioni da altra fonte medica che egli stesso sa (o dovrebbe sapere) non essere corrette, se ne assume la responsabilità qualora, basandosi su tali informazioni, il paziente ne tragga danno, visto che il dentista potrebbe evitarglielo.

La maggior parte dei dentisti ha familiarità con il consenso informato, elemento di cura necessario del paziente e, al tempo stesso, anche un principio semplice.

I professionisti possono scegliere di non dare troppe informazioni ai pazienti, presumendo che se hanno interesse a volerne sapere di più, porranno essi stessi le loro domande, confermando la propria fiducia al curante perché esegua al meglio il trattamento previsto, senza quindi metterlo in discussione. Potrebbero, tuttavia, avvalersi della mancanza del consenso informato e avviare un'azione legale. I pazienti devono essere informati per quanto riguarda il trattamento proposto e i benefici, sui rischi che potrebbe comportare, sui trattamenti alternativi, su prognosi e costi dell'operazione proposta. Per consentire un determinato trattamento, il paziente dovrà essere ben informato. La relazione medico-paziente non potrà che migliorare se il paziente sarà in grado di apprendere cosa realisticamente aspettarsi da una determinata procedura.

Pratica di gestione del rischio

I dentisti, come noto, devono tenere un registro accurato e completo di ogni paziente, documentarne il consenso e dimostrare che abbia compreso la portata del trattamento proposto. Una volta che un'azione legale è stata avviata, potranno meglio difendersi se avranno dato seguito a queste cautele. Tuttavia, devono attivarsi di più in Studio per evitare tali azioni. Se il paziente è libero di prendere le migliori decisioni in merito alla sua salute, il dentista che lo coinvolgerà nel piano terapeutico avrà un paziente più consapevole e meno propenso ad avviare una possibile azione legale nei suoi confronti, in caso di danno. Nel coinvolgerlo nel piano di trattamento, il dentista lo informa delle soluzioni esistenti, dei pregi e difetti di ciascuna terapia, lasciando a lui la scelta di quello che meglio si potrebbe adattare alle sue esigenze.

Si dice spesso che la figura centrale di un'azione di risarcimento per danni è lo stesso professionista. La fiducia, infatti, è un elemento base nel rapporto tra il medico e il paziente. Questi dovrebbe vedere nel professionista una figura affidabile e preparata, e si può giungere a tale risultato coinvolgendo il paziente nel piano di trattamento, perché il dentista sarà meno soggetto ad essere convenuto in giudizio da un paziente che lo conosce e si fida di lui. È bene, quindi, che i dentisti conoscano i bisogni dei loro pazienti e tengano ben presenti i loro interessi. Ad esempio, possono avere problemi particolari di salute o di carattere economico. Pertanto, gli odontoiatri potrebbero proporre loro una cura per gradi o ipotizzare condizioni di pagamento più accettabili, il che non farà che accentuare il rapporto fiduciario. Importante saper promuovere la propria capacità con il paziente, ma si dovrebbero evitare millanterie, ossia affermazioni a carattere promozionale che esprimono un punto di vista individuale più che uno stato di cose oggettivo, affermazioni con punte d'esagerazione che nessun essere ragionevole prenderebbe troppo alla lettera.

Quando di parla del risultato auspicabile di un trattamento odontoiatrico, si dovrebbero evitare dichiarazioni tipo "la canalizzazione non dovrebbe presentare troppi problemi" oppure "è un trattamento che non comporta dolore" o ancora "dopo la cura il dente sembrerà più bello", perché ciò può far nascere aspettative (anche irragionevoli) nel paziente, tramutabili poi in una delusione o in causa potenziale.

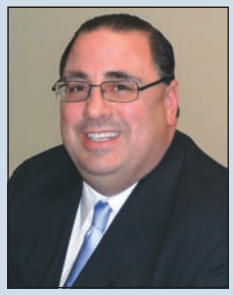
In aggiunta, dopo aver eseguito su paziente un trattamento a carattere invasivo, è buona cosa che il dentista si accerti delle condizioni successive del paziente, magari con una telefonata. Un comportamento che non solo contribuisce a creare fiducia, ma mette in guardia il dentista nel caso il paziente debba affrontare un imprevisto cui il professionista può porre rimedio.

Se invece i problemi rimangono insoluti, si accresce il rischio potenziale di una causa legale. Con una conoscenza più approfondita delle azioni di risarcimento per negligenza professionale, e seguendo dei semplici suggerimenti per gestire le relazioni con i pazienti in Studio, dovrebbe essere più facile per i dentisti evitare le spese di un giudizio.

Inoltre, nel coinvolgere i pazienti nelle decisioni riguardanti il loro trattamento, il professionista è in grado di acquisire la fiducia di ogni paziente, e quindi ridurre la azioni legali "contro" di sé, per una maggior protezione sua e del suo Studio.

Stuart Oberman, *Esq.*

Autore



Stuart Oberman ha maturato grande esperienza nella rappresentanza dei dentisti nel corso della stipula di accordi di partnership odontoiatrico. Ha contribuito alle creazione di società, sperimentato il leasing commerciale, la creazione di Enti (e società limitate). Inoltre, ha condotto transazioni immobiliari, applicato leggi sull'impiego, l'amministrazione della proprietà, la salvaguardia del personale ed altre operazioni che un dentista deve affrontare nel corso della sua carriera.

Contro le frodi in Studio

Stuart Oberman è stato invitato a tenere una conferenza presso la Scuola di Medicina Henry Goldman dell'Università di Boston il 27 giugno prossimo. Sarà un qualificato relatore in un corso di formazione continua dal titolo "Come impedire le truffe nello Studio odontoiatrico".

A2G Medical Laser Science

UNA GAMMA COMPLETA DI LASER DENTALI
E DI APPARECCHIATURE PER MEDICINA ESTETICA

DISTRIBUTORE DEI MARCHI:

SharpLight™ · mi · Quanta System DNA Laser Technology · Asclepion Laser Technologies

- Laser a diodo A2G da 2 a 60 Watt
- Piattaforma multiapplicative Formax Plus™ e Omnimax™:
  IPL® / DPC® / Laser Nd:Yag / Laser Nd:Yag Q-Switch / Laser Er:Yag
  Laser Er:Yag Frazionale / IR Infrarosso / IR Infrarosso Frazionale / RF Radiofrequenza
- Laser CO_2 Frazionale • Laser Q-Switch • Laser Alessandrite
- Laser Nd:Yag impulso lungo e corto • Liposuzione Laser Assistita
- Radiofrequenza • Ultrasuoni
- Isoforesi (EPOREX®) • Cavitazione (KAVITRON™)
- Sistemi LED per fotomodulazione, terapia fotodinamica e fotoringiovanimento cutaneo
- Sistemi di raffreddamento professionali per trattamenti IPL e laser
- Progettazione e realizzazione di centri medici-estetici chiavi in mano

A2G srl
Ufficio Commerciale
Via degli Olmetti, 18
00060 Formello (zona ind.)
ROMA
Tel. +39 06 83960390
info@a2glaser.com

Lo Studio "Rossini" di Monguzzo (Como) in forte crescendo grazie alle Convention

Tutto cominciò nel 2009 quando lo Studio Rossini di Monguzzo (Como) – composto dal padre Dante, odontotecnico, da tre figli odontoiatri, Michele (protesi), Francesca (parodontologia e implantologia) e M. Giovanna (ortognatodonzia), da suo marito Matteo (endodonzia), altri quattro medici ed altrettanti igienisti e una decina di amministrativi, coordinati dall'A.D. Paolo Noseda – venne invitato dal consulente di gestione a conoscere meglio i propri pazienti mediante un questionario. Dalle risposte sarebbe emersa la loro "customer's satisfaction" ossia il tasso di gradimento delle prestazioni erogate. "Un successo fu già la rispondenza – ricorda Michele –. Ci aspettavamo un due, trecento moduli e ce ne tornarono indietro circa ottocento". Di qui la decisione di indire un primo incontro allargato tra Studio e pazienti, una specie di "Convention" per ringraziarli innanzitutto per aver compilato il formulario, dal quale emergeva chiaramente quanto apprezzassero un buon rapporto qualità/prezzo, il risparmio dei tempi d'attesa, l'attenzione data all'estetica e alla prevenzione ecc. Un incontro allargato per conoscerli meglio, ma anche per farsi meglio conoscere, loro i dentisti, spiegando ai pazienti gli aspetti meno noti e più significativi dell'attività odontoiatrica, le caratteristiche delle apparecchiature utilizzate, il perché e per come di certe prestazioni impartite. Tra le voci scettiche, tuttavia, quella della moglie di Dante, il capostipite, madre dei tre "ragazzi" odontoiatri: "Ma chi vuoi che un sabato sera vada a sentire parlare dei dentisti?". Invece furono in tanti (circa 700) a confluire nel Salone di "Lario Fiere", affittato per l'occasione, il pomeriggio del 15 maggio 2009. Talmente numerosi da ipotizzare una nuova "Convention" per il giugno 2010 affittando stavolta un'ala della Fiera, spalleggiati da alcuni "big" del dentale (3M, Dentsply, Geistlich, Polifarma) che cominciarono a prendere in seria considerazione la possibilità di un marketing "customer oriented" rivolto non solo ai dentisti, ma ai pazienti.

Alle ore 16 del 5, data d'inizio della seconda edizione – dicono le cronache – non c'era nessuno, sembrava profilarsi un buco nell'acqua. Invece, nel giro di due ore, la fiumana impressionante di circa 1100 persone, quasi tutti clienti già fidelizzati, accorsi su invito, in compagnia di un circa 10% di parenti, amici, conoscenti ecc... (nuovi possibili clienti), invase la Fiera. La "carica dei millecento" si sparpagliò nei tre momenti in cui si articolava la Convention: uno sguardo alla mostra dei prodotti dentali, la conferenza illustrativa di Michele Rossini e, infine, più che gradita, la cena. Per l'edizione di quest'anno le grandi manovre sono già iniziate: una "Due Giorni" (venerdì e sabato) 7 e 8 ottobre sempre a "Lario Fiere" dedicata anche ai colleghi dentisti (vedi articolo seguente), che lo Studio vuol mettere a parte della propria felice esperienza. L'incontro vero e proprio con i pazienti (significativamente intitolato "Un sorriso per tutti") è previsto invece dalle 16 alle 22 di sabato. Interverranno, si prevede, 1200 persone, con un incremento di "accompagnatori" superiore – almeno si spera – alle precedenti edizioni. Comunque, l'indotto a cascata dopo le due Convention sullo Studio Rossini si è già riversato, perché dopo il maggio 2009 c'è stato un incremento di circa 600 nuovi pazienti, e dopo il 5 giugno del 2010, di 900 nuovi candidati alla poltrona. Osserva Michele Rossini: "Puntiamo a quel 60% di popolazione che, secondo le statistiche, non va mai dal dentista. Anche il 60% dei nostri pazienti sono famiglie "normali", con normali possibilità di spesa. Partecipano volentieri ai nostri incontri – dice – perché hanno capito che col paziente vogliamo impostare un corretto rapporto, non depauperarlo. Lo dimostra il fatto che prima non volevano mai firmare il preventivo, mentre ora sono loro che insistono per farlo. I pazienti oggi sono ben informati – commenta Rossini – e forniti di mezzi adeguati a giudicare l'operato del professionista, il quale pertanto deve dimostrarsi preparato sul piano clinico e affrontare l'organizzazione dello Studio con mezzi e modalità caratteristiche della sfera aziendale".

m.boc

ATTACCHI PER TUTTE LE PIATTAFORME IMPLANTARI

SPHERO BLOCK

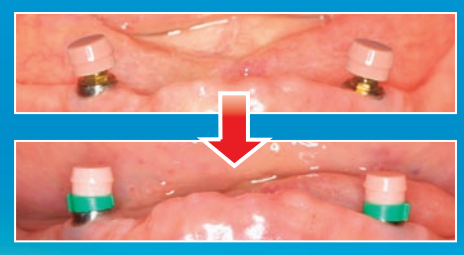
- MONCONE A SFERA DI 2 DIAMETRI
- CORREGGE DIVERGENZE FINO A 28°
- DISPONIBILE PER TUTTE LE PIATTAFORME IMPLANTARI

OT EQUATOR

- ALTEZZA TRANSMUCOSA DA: 1 a 7 mm
- STABILITÀ E MODULABILITÀ
- IL PIÙ PICCOLO ATTACCO SUL MERCATO

SPHERO FLEX

- CORREGGE DIVERGENZE FINO A 43°
- INSERZIONI PASSIVE GRAZIE AGLI ANELLI DIREZIONALI
- SFERA AUTO-DIREZIONALE



RHEIN 83® Srl

Via E. Zago, 10 - 40128 Bologna - Italy Tel. (+39) 051 244510 - (+39) 051 244396 Fax (+39) 051 245238

www.rhein83.com • info@rhein83.com

Italian Edition Anno VII n. 6 - Giugno 2011

Curare è bene, ma comunicare curando è meglio

"People in picture", dieci fotografi in mostra, è il nome del vernissage svoltosi il 19 maggio dalle 19 alle 21, alla Sicor di corso Sicilia (Torino) con un tradizionale cocktail-buffet e puntuale concorso di folla. Uno spazio espositivo, un centro rassegne, una galleria? Nulla di tutto questo: la Sicor, dove si è svolta la rassegna fotografica, è in realtà uno studio dentistico, ampio, modernissimo, dislocato su vari piani, presieduto da Giuseppe Corrente e Stefania Re, mentre Roberto Abundo ne è il direttore sanitario.

Piuttosto nota in città e altrove anche per i corsi d'alto livello che vi si tengono, alla Sicor opera una quindicina di professionisti odontoiatri, compresi tre igienisti e una mezza dozzina di specialisti di altre discipline mediche (anestesista, psicologa, dietologo, dermatologo, otorinolaringoiatra, angiologo) i quali, alla qualità delle prestazioni sanitarie, hanno ritenuto per una volta di coniugare quelle artistico-professionali di una decina di artisti dell'obiettivo di cui, per la cronaca, forniamo i nomi: Icardi, Bozzalla, Bagnoli, Castaldi, Riccio, Mannavola e Ferrari, Basso, Pannunzi e Cimino, Borano e Portosi.

La maggior parte dei partecipanti al vernissage (diverse centinaia) sono ovviamente pazienti dello studio, ma anche molti visitatori richiamati dal passaparola e dalla fama dei fotografi. Continua così con "People in picture" il colloquio Sicor-paziente – nella fattispecie attraverso le preziose immagini fotografiche sparse ovunque nello studio – colloquio iniziato tempo fa. La Sicor, infatti, ha già organizzato nei propri locali una rassegna di pittori di successo, esponendo all'epoca dell'uscita della nuova 500, anche una vettura nuova fiammante sulla strada su cui lo studio si affaccia. Anche in questa circostanza, lo studio ha fatto ricorso al supporto di vari sponsor, specie nel campo immobiliare e della vendita di automobili. Come dire: curare è bene, ma curare e comunicare col paziente, mediante quadri o foto d'autore, è meglio.

Imparare a fidelizzare il paziente facendo tesoro di un'esperienza di successo

Il corso del 7 e 8 ottobre 2011 dello Studio Rossini si rivolge a medici, odontoiatri e amministratori dell'area odontoiatrica che vogliano approfondire le conoscenze e le capacità inerenti al campo dell'organizzazione e delle gestione di aziende odontoiatriche. Lo scopo è comprendere come, alla base del meccanismo di fidelizzazione e di mantenimento nel tempo delle risorse necessarie alla vita degli studi, ci debba essere la possibilità di: valutare attentamente le esigenze dei propri assistiti, rispondere adeguatamente con organizzazione e investimenti tecnologici adeguati, informare ed educare i pazienti verso una scelta sempre più consapevole per la propria salute. Verranno quindi toccati aspetti organizzativi, di comunicazione, di marketing e di analisi del target pazienti. Il corso è teorico, ma anche in grado di fornire competenze pratiche direttamente mutuate dalla teoria stessa. Vi prendono parte Michele Rossini e Paolo Noseda, in stretta collaborazione con lo Studio Lessicom (Franco Tosco, Sonia Volpe e Franco Cellino) e l'intervento di Federico Vettore, Executive Director Morgan Stanley Bank (Milan Branch).

Per informazioni:
Studio Rossini Odontoiatri, Via Sceria 10 - 22040 Monguzzo (Co)
Tel.: 031.650.523
studio@rossiniodontoiatri.it
Il corso pratico si svolgerà c/o Lariofiere Viale Resegone - 22036 Erba (Co).

DENTAL TRIBUNE

Anno VII n. 6 - Giugno 2011

Italian Edition

Rischio di fotosensibilizzazione da Ketoprofene per uso cutaneo

L'Agenzia Italiana del Farmaco mette a disposizione dei cittadini e degli operatori sanitari sul proprio portale, all'indirizzo www.agenziafarmaco.gov.it , informazioni approfondite e aggiornate utili ai pazienti per ridurre il rischio di reazioni di fotosensibilizzazione connesso all'utilizzo di ketoprofene per uso cutaneo. Il ketoprofene topico per uso cutaneo è un antinfiammatorio non steroideo (FANS) indicato per il trattamento sintomatico locale di stati dolorosi e infiammatori di natura reumatica o traumatica delle articolazioni. In seguito al suo uso sono stati riportati fenomeni di ipersensibilità cutanea e fotosensibilizzazione, talvolta anche gravi, conseguenti all'esposizione alla luce solare. Queste reazioni possono essere limitate alla sede di applicazione del farmaco o coinvolgere altre zone del corpo esposte al sole e venute accidentalmente a contatto con il farmaco e, in qualche raro caso, anche zone contigue non esposte. Generalmente, la durata della reazione di fotosensibilizzazione dopo la sospensione del ketoprofene può variare da pochi giorni a qualche settimana, anche se sono stati riportati anche casi di persistenza più lunghi.I pazienti possono prevenire o ridurre tali reazioni seguendo poche semplici raccomandazioni:

- evitare l'esposizione diretta e prolungata alla luce solare, anche quando il cielo è velato, e alle lampade a raggi ultravioletti, durante il trattamento cutaneo e nelle due settimane successive all'interruzione;
- utilizzare indumenti per proteggere dal sole le parti trattate;
- lavare accuratamente a lungo le mani dopo ogni applicazione;
- se si sviluppa una qualsiasi reazione cutanea dopo l'applicazione, interrompere il trattamento e rivolgersi al medico curante;
- non usare il ketoprofene topico sotto bendaggio occlusivo.

Il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha stabilito inoltre che tutti i farmaci per uso topico a base di ketoprofene devono essere dispensati solo dietro presentazione della ricetta medica.

Rare ed atipiche fratture del femore, effetto dei bisfosfonati

Il Comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha concluso che le rare fratture atipiche del femore sono un effetto di classe dei bisfosfonati (acido alendronico, clodronico, etidronico, ibandronico, neridronico, pamidronico, risedronico, tiludronico e acido zoledronico), concludendo che i loro benefici nel trattamento e prevenzione delle malattie delle ossa continuano a superare i rischi, ma che si deve aggiungere un'avvertenza del rischio di fratture atipiche del femore alle informazioni del prodotto di tutti i medicinali contenenti bisfosfonati e autorizzati nell'UE. L'avvertenza era già stata inclusa, nel 2008, nelle informazioni del prodotto per i medicinali contenenti alendronato in tutta Europa, a seguito di una revisione del Pharmacovigilance Working Party del CHMP. Sarà adesso estesa a tutta la classe dei bisfosfonati. I medici prescrittori di medicinali contenenti bisfosfonati devono essere consapevoli che le fratture atipiche del femore possono raramente verificarsi. Se si sospetta una frattura atipica in una gamba anche l'altra deve essere esaminata. I medici che prescrivono questi farmaci per l'osteoporosi devono riesaminare periodicamente la necessità di continuare il trattamento, soprattutto dopo cinque anni o più di terapia. I pazienti che stanno assumendo medicinali contenenti bisfosfonati devono essere consapevoli del rischio di questa frattura atipica del femore. Devono contattare il medico se hanno qualsiasi dolore, debolezza o fastidio all'anca, alla coscia o all'inguine, in quanto potrebbe essere un segnale di una possibile frattura. Ai titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali contenenti bisfosfonati è stato chiesto di monitorare questa problematica e, se il loro farmaco è indicato per l'osteoporosi, di effettuare studi clinici per determinare la durata ottimale del trattamento, poiché queste fratture sono particolarmente associate all'uso a lungo termine.

Mal di schiena, uno sgradito compagno di lavoro per molti chirurghi e dentisti

Lunghe maratone in sala operatoria, piegati sul paziente, ed ecco che la schiena del chirurgo fa "crack". Uno scenario condiviso anche dal 50% dei dentisti, costretto a rotazioni e inclinazioni oblique della colonna vertebrale per operare all'interno della bocca. "La metà degli odontoiatri italiani – rivela ad Adnkronos Salute Gianfranco Prada, presidente Andi – ha problemi collegati ad una cattiva postura sul lavoro". Un fenomeno che colpisce spesso i professionisti del bisturi, confermato anche da Maurizio Ripani, docente di Anatomia presso l'Università "Foro Italico" di Roma: "I dentisti registrano problemi cervicali, alla zona dorso-lombare e sono colpiti da irradiazioni dolorose dovute alle posizioni oblique che mantengono piegati sul pazienti durante l'intervento. Inoltre, possono arrivare ad avere formicolii e ridotta sensibilità nelle mani".

Per i chirurghi, invece, il rischio è l'ipercifosi dorsale, meglio conosciuta come "gobba".

"I maghi del bisturi – avverte Ripani – possono sviluppare, in casi estremi, una gobba perché, al contrario dei dentisti, hanno un impatto sulle zone dorsali più massiccio, dovuto alla lunghezza delle operazioni". "Ore in piedi, costretti a rotazioni e allungamenti per lavorare sul paziente – avverte Ripani – possono causare forti dolori e infiammazioni alla cervicale e alla colonna vertebrale degli specialisti, con dolori e infiammazioni localizzate. E la soluzione non sempre è farmacologica. Il segreto, ben più naturale, è nello stretching e in una buona respirazione prima di mettersi a lavoro".

Dello stesso avviso è il presidente dell'Andi: "Solo da circa 5 anni, con la comparsa di sgabelli 'ad hoc' alti e regolabili – prosegue Prada – gli odontoiatri hanno finalmente la possibilità di operare nel cavo orale dei pazienti da seduti.

Una soluzione che ha fatto diminuire l'impatto di questi dolori muscolari".

Ripani e Prada concordano, nel caso di odontoiatri e chirurghi, sulla pericolosità di questa vera e propria malattia professionale: "Questi operatori, senza differenze di età – spiega il primo – possono arrivare a sviluppare un dolore cronico nelle zone colpite. Una patologia professionale, che spesso li costringe a interrompere anche per mesi l'attività di sala operatoria per dedicarsi alle cure".

Per il secondo, "può accadere, in casi molto gravi, che i colleghi siano costretti a diminuire gli interventi che superano la mezz'ora. Un bel danno, anche economico". Le soluzioni, secondo i due esperti, non sempre arrivano dalla farmacia: "Stretching e ginnastica – avverte il docente di Anatomia – anche prima di mettersi a lavoro, possono sciogliere dallo stress e irrobustire la muscolatura del collo e della schiena. Gli antidolorifici, invece, fanno passare il dolore. Ma non curano le cause".

Alternare le posizioni durante il lavoro è l'altra strada indicata dal presidente Andi: "Mai rimanere per troppo tempo nella stessa posizione, cosa che invece può capitare quando si svolgono interventi di chirurgia odontostomatologica di oltre un'ora". Secondo Prada, la soluzione per il dentista affaticato dalla cervicale, oltre a quella di fare piccole pause e non rimanere troppo ingessato, è di inventarsi rimedi fai da te. "Al limite – prosegue – seguire l'esempio di qualche collega che ha attrezzato il suo studio con una barra a cui si appende per distendere e defaticare la schiena prima di dedicarsi al paziente".

Infine, sottolinea Ripani, "imparare a respirare in maniera corretta può allentare il nervosismo e lo stress, una della cause troppe volte sottovalutate dell'indurimento muscolare". Per chi ha ritmi di lavoro frenetici, con estenuanti interventi in sala operatoria e la responsabilità di vite umane nelle proprie mani, "saper gestire e controllare lo stress anche con un respiro consapevole – conclude – ha effetti positivi sulla mente e sul fisico".

Fonte: ***Adnkronos Salute***

I microbi minacciano la salute dei pazienti ortodontici

Londra, GB / Lipsia, Germania: Gli scienziati del Regno Unito affermano che gli ancoraggi ortodontici, se non adeguatamente puliti, sono una potenziale fonte di microbi dannosi. In una serie di test condotti presso l'UCL Eastman Dental Institute di Londra almeno il 50% di tutti gli ancoraggi testati contengono micro-organismi di alcune specie di Candida e Staphylococcus, compreso l'MRSA, un batterio molto resistente ai farmaci che può essere fatale per quei pazienti che hanno un sistema immunitario compromesso.

Il lievito della Candida, che si trova sulla pelle umana e in altre zone, può anche causare infezioni. Tra le altre condizioni, è stata associata a candidosi orale, una condizione spesso correlata alle protesi dentarie inadatte.

Normalmente non si verificano entrambe le specie nella cavità orale.

I ricercatori hanno dichiarato che l'alto numero di batteri nocivi presenti negli ancoraggi è probabilmente il risultato di una scarsa pulizia, la quale consente ai microbi di costruire un biofilm resistente e di diffondere ad altre aree del cavo orale come l'interno delle guance e della lingua.

Hanno aggiunto inoltre che il potenziale di trasmissione è elevato, in quanto gli ancoraggi vengono spesso rimossi e sostituiti direttamente dalla persona che lo usa.

Essi raccomandano agli utenti di lavarsi accuratamente le mani prima e dopo aver inserito gli ancoraggi. Una corretta igiene dentale attraverso lo spazzolamento dei denti e l'uso di colluttorio aiuta anche a mantenere i batteri nocivi lontani dalla bocca.

Daniel Zimmermann,
DTI

Batteri di stafilococco, come quelli in foto, sono stati trovati in numerosi ancoraggi ortodontici.

ENDO TRIBUNE

The World's Endodontic Newspaper · Italian Edition

Anno V n. 1

Allegato n.1 di Dental Tribune Italian Edition
Anno VII, n. 6 - Giugno 2011

Giugno 2011

AGGIORNATI!
CORSO ECM ONLINE TUEOR: ECONOMICO, FACILE, COMODO
FORMAZIONE A DISTANZA
22 CREDITI ECM ANNO 2011
IL CORSO È GIÀ ATTIVO!
"Ricerca e pratica odontoiatrica:
dalla gestione dello Studio alle moderne applicazioni
di protocolli e tecnologie nelle varie specialità"
Costi Corso
Abbonati Dental Tribune € 84,00 IVA COMPRESA
Non Abbonati € 134,00 (ABBONAMENTO DENTAL TRIBUNE E IVA COMPRESA)
Per info e/o iscrizioni chiamare il 011 0463350 / www.tueor.it

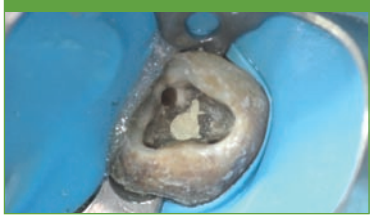
Industry Report

ESPERIENZA CLINICA DI IRRIGAZIONE SONICA

L'avvento di strumenti sonici per l'attivazione degli irriganti canalari rappresenta un passo importante verso un risultato che sia quanto più sicuro e rapido possibile.

> pagina 6

Teknoscienza



USO DI "MTA" IN ENDODONZIA ORTOGRADA

I case report descritti evidenziano le possibilità d'impiego del mineral trioxide aggregate come materiale da otturazione canalare in particolari situazioni cliniche.

> pagina 7

Filippo Santarcangelo: come nasce la passione per l'Endodonzia

***Dental Tribune*, in occasione dell'incontro a Milano di Endodonzia, ha incontrato il dott. Filippo Santarcangelo, giovane endodonzista di Bari, allievo di Arnaldo Castellucci, già da alcuni anni affermato in Italia e all'estero, in particolare per un numero importantissimo di ritrattamenti anche complessi conclusi con successo.**

Intervista a cura di Patrizia Gatto

Dott. Santarcangelo cosa prova nel veder proiettati da grandi relatori del mondo le immagini dei casi trattati da lei?

Grandissima soddisfazione ed orgoglio, perché questo rappresenta il riconoscimento di anni ed anni di duro lavoro sempre improntato alla ricerca della qualità. Non le nego, tuttavia, che inizialmente ero io stesso incredulo dinanzi ai risultati raggiunti alla luce di una disastrosa esperienza universitaria, il cui unico merito è stato quello di conferirmi il classico "pezzo di carta" e null'altro. Il gap iniziale è stato poi colmato grazie ad una grande forza di volontà, passione ed entusiasmo, doti queste che consentono di "viaggiare" a velocità doppia recuperando il tempo male investito.

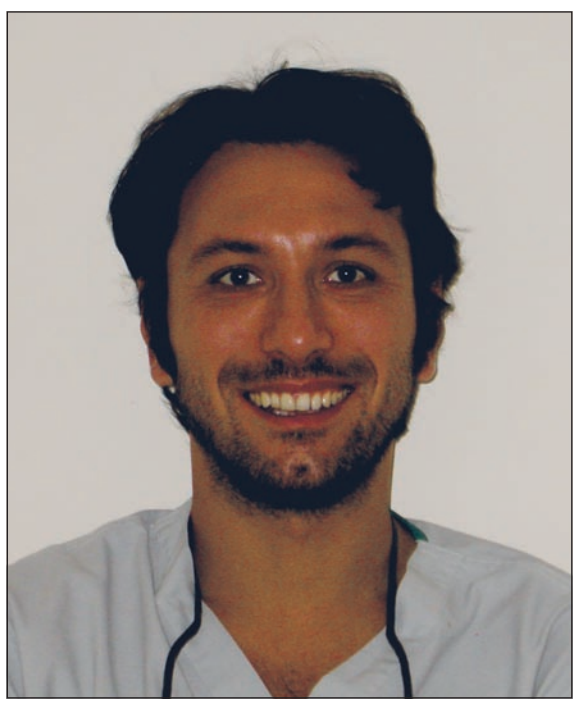
Da dove nasce questa passione per l'Endodonzia, quando la sua giovane generazione di odontoiatri nel mondo ha invece scelto la chirurgia e l'implantologia?

Si tratta – mi lasci passare il termine – di una generazione sciagurata , poiché purtroppo in molti tristemente dimenticano che l'Odontoiatria ha ancora come finalità principale la salvaguardia e il mantenimento degli elementi dentari, e non la loro sostituzione con i costosi impianti… Rispondendo alla sua domanda, ciò che mi appassiona e mi affascina dell'Endodonzia, rendendola enormemente stimolante e differenziandola da tutte le altre branche odontoiatriche, è la quotidiana sfida ad una microanatomia nascosta, imprevedibile e talora bizzarra. Si tratta di una vera e propria partita a scacchi con un sistema intricato di microspazi, e per raggiungere il successo del trattamento non sono solo necessarie tecnologie avanzate e abilità tecnica, ma anche pazienza, astuzia e perseveranza. In più le segnalo, a tal proposito, il ruolo fondamentale dei miei maestri che mi hanno insegnato ad amare l'Odontoiatria e nello specifico l'Endodonzia.

Quali sono stati i suoi insegnanti, e pensa che oggi sia ancora importante lo storico rapporto maestro-discente?

Ho avuto la fortuna di incontrare le persone giuste al momento giusto. Innanzitutto sono stato allievo del dott. Raniero Barattolo, che da oltre quindici anni organizza in Bari corsi di formazione in Endodonzia, facendo poi tirocinio nel suo studio per diversi anni. A lui non solo il merito di avermi fatto avvicinare all'Odontoiatria nel modo migliore, puntando cioè sempre alla qualità del trattamento, ma anche quello di avermi fatto conoscere il dott. Castellucci, il quale ha rivoluzionato positivamente la mia vita professionale. Arnaldo Castellucci è a mio avviso uno dei pochi maestri di tecnica endodontica; ciò significa che, a differenza di altri relatori, non si è legato a questo o a quello strumento in base alle mode o alle necessità del momento, ma insegna da vero maestro il corretto approccio razionale e tecnico al complesso sistema dei canali radicolari. La sua unicità risiede nel fatto che, oltre ad essere un professionista di livello mondiale, ha una didattica di una chiarezza impareggiabile e il tutto è condito da un entusiasmo e da una energia fuori dal comune. Se attualmente pratico esclusivamente l'Endodonzia e nessuna altra branca odontoiatrica è proprio per "colpa" sua:

→ ET pagina 2



Filippo Santarcangelo.

La Sie "patron" italiano a Roma del 15° Biennal Congress of European Society of Endodontology

Marco Martignoni.

Il nuovo Presidente della Sie, Marco Martignoni presenzierà il Congresso biennale della Società Europea di Endodonzia in programma quest'anno a Roma il 14/17 settembre presso l'Hotel Cavalieri a Monte Mario. Nell'invito Martignoni annuncia relazioni di ricerca, clinica, workshop pratici a eventi sociali e turistici nella cornice romana di fine estate. Al cocktail di benvenuto del mercoledì 14 seguiranno il 15 "Cleaning and disinfection" con M. Haapasalo, R. De Moor, F. Mannocci, B. Johnson, M. Zehnder, L. van der Sluis, Science con K.M. Hargreaves, Y.L. Ng, L.L. Kirkevang, J.J. Segura-Egea, "Symposium on pulp regeneration" con G. Bergenholtz G. Huang, L. Bjørndal, S. Simon. A Villa Miani in serata sarà offerta una cena con musica e fuochi anche per gli accompagnatori. Venerdì 16 "Root canal preparation" con E.Schaefer, C. Appel, G. Cantatore, C. Ruddle, G. Debelian, G. Gambarini, B. Basrani, Z. Metzger, "Anatomic and Diagnostic challenge" con P. Wesselink, O. Peters, S. Nallapati, P. Lambrechts, "Surgical endodontics" con S. Patel, B. Khayat, J.Y. Cochet, A. Castellucci. Concluderà la giornata il Galà Infine Sabato 17 settembre "Root canal OBTURATION" con A. El Ayouti, C. Ricci, F. Barnett, M.K. Wu, "Post and Reconstruction" con M. Gagliani, S. Belli, M. Ferrari, M. Naumann, "Challenging Endo and Retreatment " con F. Gorni, J. Gutmann, E. Berutti, L.S. Buchanan, A. Malentacca, M.H. Nekoofar. Un accenno anche al miEndo dello scoro 29-30 Aprile, dove sono state sperimentate con successo giornate didattiche interattive organizzate sotto forma di tavole cliniche, dove i relatori a gruppi ristretti illustravano soluzioni a problematiche operative. Il venerdì in serata nella stessa area congressuale un originale Happy Hour "Fuori dai denti", con musica dal vivo e immagini.

← ET pagina 1

è riuscito a farmi innamorare di questa meravigliosa disciplina! Ritengo, inoltre, di estrema importanza e attualità il rapporto maestro-discente, non solo da un punto di vista scientifico-tecnico, ma soprattutto da un punto di vista morale. A mio avviso, prima ancora che insegnare una tecnica, il maestro deve inculcare negli allievi il rispetto a 360 gradi per il paziente: questo non dovrà essere visto come un semplice numero in una catena di montaggio, ma al contrario bisognerà prendersene cura con umanità, considerandolo (giustamente) una persona con legittime aspettative e spesso ansie e paure.

Lei per la parte scientifica e clinica lavora sia in Italia che all'estero. Senza chiederle dei giudizi generali per quel che riguarda l'Odontoiatria, almeno nella sua specialità quali differenze e quali aspettative di cambiamento ha un giovane endodonzista come lei nel nostro Paese?

In Italia vige purtroppo una sottocultura che considera l'Endodonzia una branca di serie B rispetto alla chirurgia implantare e alla protesi, le quali godono sicuramente di maggiore considerazione. Questo è semplicemente assurdo, dato che un'Endodonzia ben eseguita in primo luogo evita che il paziente perda i propri denti e arrivi agli impianti, in secondo luogo conferisce sicurezza e lunga vita alla protesi che spesso vi si appoggia.
Una prova lampante di ciò è il fatto che negli studi dentistici l'Endodonzia è spesso delegata a giovanissimi dottori neo-laureati che si improvvisano endodontisti pur di poter effettuare le loro prime cure odontoiatriche su paziente: come logica conseguenza il trattamento canalare è in genere sottopagato e sottostimato dal paziente. La colpa è dello Stato e delle leggi italiane che non tengono conto che l'Endodonzia è una branca altamente specialistica che richiede adeguate scuole di specializzazione post-laurea, come esistono in Paesi più sviluppati del nostro (vedi Nord e Sud America).
Negli Usa, ad esempio, è materia obbligatoria di insegnamento, nelle scuole di specializzazione in Endodonzia, l'uso del microscopio operatorio. Il mio augurio è che sotto la spinta forte della Società Italiana di Endodonzia (già promotrice di tante altre iniziative lodevoli) si possa convincere il nostro Governo a cambiare registro e ad istituire Scuole di specializzazione anche da noi in Italia, cosicché possano essere riconosciuti non solo dai pazienti, ma anche dai colleghi "distratti" sia l'importanza della terapia canalare che la figura dell'endodonzista.

Seconda passione: ritrattamenti endodontici, irrigazione e "negative pressure"

In questi ultimi mesi abbiamo avuto modo di assistere ad alcune relazioni sue e del gruppo di lavoro nazionale e internazionale con cui collabora [dott. Barattolo di Bari e dott. Schoeffel suo maestro, Ndr] e sugli argomenti trattati le faremo alcune domande. Parliamo di ritrattamento endodontico: accanimento terapeutico o protezione del paziente?

Questa domanda vorrei idealmente girarla a quei poveri pazienti che, pur avendo ricevuto un trattamento canalare da altri colleghi, non hanno ottenuto giovamento e in buona sostanza sono afflitti dalla permanenza della patologia. Quei pazienti spesso mi supplicano di salvare il proprio dente nonostante talora gravi compromissioni di origine iatrogena, e non vogliono che il loro patrimonio dentario sia impoverito dall'estrazione. Ebbene, per rispondere alla sua domanda, il ritrattamento è assolutamente protettivo verso il signor paziente. Vorrei precisare che il ritrattamento si rende necessario talora per la negligenza di alcuni colleghi, talora per la brutalità di odontotecnici abusivi che profanano le bocche dei pazienti facendosi beffa della legge. In altri casi, nonostante la coscienza e la diligenza con cui la maggior parte dei colleghi opera, sono le oggettive difficoltà anatomiche ad indurli in errore: ciò mi consente di sottolineare, ancora una volta, la carenza e la necessità di specialisti in Endodonzia. Il ritrattamento, infatti, è pratica estremamente complicata e richiede profonda conoscenza dell'anatomia, esatte valutazioni pre-operatorie sulla difficoltà del caso, tecnologie avanzate come il microscopio e, in più, l'operatore deve avere familiarità con tecniche molto specifiche come le forze bilanciate e gli ultrasuoni. L'insieme di queste componenti spesso porta a risultati sorprendentemente positivi.

In una relazione abbiamo sentito che il ritrattamento è dovuto spesso a un fallimento dell'irrigazione o del metodo utilizzato. Ci vuole spiegare meglio questa tesi?

L'irrigazione endodontica riveste un ruolo cruciale nella buona riuscita del trattamento canalare, dato che ha il compito di distribuire al meglio nel sistema dei canali radicolari sia il disinfettante principale, e cioè l'ipoclorito di sodio, sia un chelante del calcio come l'edta. In questo modo, batteri, residui organici e inorganici possono essere inattivati, disciolti e rimossi dal dente. Ne consegue, secondo logica, che una irrigazione non corretta – poiché in genere praticata frettolosamente e con dispositivi inadeguati – porterà inevitabilmente alla permanenza nel dente di batteri e detriti e inficerà la guarigione rendendo indispensabile il ritrattamento.

Lei è un grande sostenitore della "negative pressure", che si può ottenere con lo strumento EndoVac. Quali le differenze dai tradizionali metodi a pressione positiva e i vantaggi?

Fino ad oggi si è irrigato secondo la filosofia della pressione positiva, per la quale i disinfettanti vengono spinti nei canali attraverso siringhe ed aghi per effetto della pressione che l'operatore esercita sul pistone della siringa stessa. Al contrario, con la pressione apicale negativa (metodo EndoVac), gli irriganti depositati in camera pulpare vengono richiamati in apice grazie ad una micro cannula aspirante alloggiata al termine del canale. Adopero questo sistema da oltre 5 anni, e fra i principali vantaggi riscontrati vi sono indubbiamente la riduzione del dolore post-operatorio e la velocità di guarigione dei casi infetti. La pressione negativa, o meglio il metodo EndoVac, è dunque predicibile e sicuro. Ci colpiscono due sue dichiarazioni in particolare, che peraltro ribadisce sempre anche Schoffel, inventore del metodo (vedi relazione all'ultimo congresso Sie lo scorso autunno): "Otteniamo sempre un risultato che non è operatore dipendente", e ancora: "Il primo fattore da tenere in considerazione è la sicurezza per il paziente".
Questa considerazione mi consente non solo di riallacciarmi alla precedente, ma anche di chiarire meglio le differenze con i metodi a pressione positiva e, di conseguenza, i vantaggi della nuova metodica. Il principale problema della tecnica tradizionale a pressione positiva è la scarsa predicibilità; infatti, quando adoperiamo siringhe ed aghi, non sappiamo se stiamo spingendo troppo gli irriganti o troppo poco. Nel primo caso, vi è il rischio che questi estrudano nei tessuti periapicali, causando al paziente danni talora gravi e con manifestazioni sintomatiche eclatanti come nell'incidente da ipoclorito, contraddistinto in genere da gonfiore e sanguinamento. Nel secondo caso, una pressione troppo timida impedisce all'irrigante di raggiungere il termine del canale, e così la non completa detersione che ne consegue conduce all'insuccesso del trattamento. Come si può evincere da quanto sopra si tratta di una tecnica operatore-dipendente, nel senso che gli operatori più abili sono in grado di inviare gli irriganti per l'intera lunghezza canalare senza danneggiare i tessuti che circondano il dente; i meno abili, irrigando in eccesso, danneggiano questi tessuti, e, irrigando in difetto, non disinfettano l'intero canale e si espongono al rischio di fallimento della terapia. Con la "Apical Negative Pressure", per la prima volta nella storia della irrigazione endodontica, l'operatore – collocando una micro cannula al termine del canale – è in grado di esercitare un controllo preciso del flusso degli irriganti che inizierà in camera pulpare e terminerà sempre al forame apicale e non oltre.

→ ET pagina 3

International Imprint

Licensing by Dental Tribune International

Publisher Torsten Oemus

Group Editor Daniel Zimmermann
Managing Editor newsroom@dental-tribune.com
DT Asia Pacific +49 341 48 474 107

Editors Claudia Salwiczek, Anja Worm
Copy Editors Sabrina Raaff, Hans Motschmann

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Aesthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry
Dr Edward Lynch, Ireland – Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek, Antje Kahnt
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Manager Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

© 2011, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.
Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
Internet:www.dental-tribune.com-E-mail:info@dental-tribune.com

Regional Offices
Asia Pacific Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building, 111 Thomson Road, Wanchi, Hong Kong Tel.: +852 3113 6177 - Fax: +8523113 6199
The Americas Dental Tribune America
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 - Fax: +1 212 224 7185

ENDO TRIBUNE
The World's Endodontic Newspaper - Italian Edition

Allegato n. 1 di Dental Tribune Italian Edition
Anno VII n. 6, giugno 2011
Registrazione Tribunale di Torino n. 5892 del 12/07/2005

Direttore responsabile
Massimo Boccaletti

Direzione scientifica
Arnaldo Castellucci

Editore
TU.E.OR. Srl - Corso Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel.+39.011.04.63.350 - fax +39.011.197.15.882
www.tueor.it - redazione@tueor.com

Amministratore
Patrizia Gatto
patrizia.gatto@tueor.com

Comitato scientifico
Maria Giovanna Barboni, Elio Berutti, Antonio Bonaccorso, Giuseppe Cantatore, Giacomo Cavalleri, Massimo Gagliani, Gianluca Gambarini, Fabio Gorni, Marco Martignoni, Damiano Pasqualini, Sandro Rengo, Maria Teresa Sberna, Luigi Scagnoli, Silvio Taschieri

Coordinamento editoriale
Cristiana Ferrari - cristiana.ferrari@tueor.com

Grafica e impaginazione
Angiolina Puglia

Realizzazione
TU.E.OR. Srl - www.tueor.it

Stampa
Arti Grafiche Amilcare Pizzi Spa - Cinisello B. (MI)

Pubblicità
TU.E.OR. Srl

Ufficio abbonamenti
TU.E.OR. srl - Corso Sebastopoli 225 - 10137 Torino
Tel. 011.197 15 665 - 011.0463350 - Fax 011.0463304
alessia.murari@tueor.com

Italian Edition *Anno V n. 1 - Giugno 2011*

← ET pagina 2

In altre parole, per la prima volta è possibile effettuare un'irrigazione predicibile, e ciò conferisce alte percentuali di successo all'intero trattamento, dato che i canali radicolari possono essere disinfettati da cima a fondo, e inoltre ci consente di salvaguardare la salute del paziente da incidenti legati alla fuoriuscita degli irriganti dal dente. Ottemperiamo così al nostro primo dovere di medici che è appunto la tutela del paziente, cui dobbiamo garantire non solo una terapia eseguita lege artis, ma prima di tutto l'incolumità.

Un unico strumento per irrigare e aspirare, quindi?

Proprio così. Il sistema è collegato all'aspirazione ad alta velocità del riunito e consta di tre componenti. Il primo, noto come Master Delivery Tip (MDT) rilascia l'irrigante in camera pulpare, il secondo e il terzo sono cannule aspiranti che richiamano gli irriganti all'interno del canale e aspirano i detriti ivi presenti. Quello di dimensioni maggiori è noto come macrocannula e deterge terzo medio e coronale; quello di dimensioni minori, la micro-cannula, si occupa della detersione del terzo apicale. Per la prima volta vi è un ruolo attivo dell'assistente dentale durante la terapia canalare, dato che a lei è affidato il compito di rilasciare gli irriganti tramite la MDT: ho riscontrato che questo rende molto più partecipi e responsabili le nostre preziose collaboratrici.

Perché giudica questa tecnica molto semplice?

Poiché richiede una curva di apprendimento limitatissima; bastano infatti una quindicina di casi per acquisire familiarità con la metodica.
Rispetto dunque ad altre tecniche, dopo breve tempo si è già in grado di praticarla con successo.

"Apical vapor lock", un ostacolo che se non considerato responsabilmente e superato è causa di fallimenti.

Esattamente. La reazione di idrolisi fra tessuto pulpare (vitale o necrotico) e ipoclorito di sodio genera anidride carbonica e ammonio e questa componente gassosa – nota come apical vapor lock – localizzandosi nel terzo apicale ostacola l'arrivo dei disinfettanti in quella che è l'area più critica del canale (sono ivi localizzate più del 90% delle porte di uscita verso il parodonto nonché quella principale, e cioè il forame apicale). Il mancato arrivo degli irriganti favorisce la permanenza nel canale radicolare di tessuti patologici e batteri e, quindi, la permanenza della patologia stessa. Il sistema EndoVac, lavorando per aspirazione, è in grado di rimuovere questa bolla di gas, favorendo la completa diffusione degli irriganti all'interno del sistema dei canali radicolari.

Endovac consente anche di catturare ciò che lo strumento rotante non può fare. Ma quando le si chiede se è uno strumento miracoloso lei risponde "no, prima e dopo c'è tutta l'Endodonzia". Cioè?

Una prova inconfutabile dell'efficacia di questo sistema si ottiene adoperandolo durante i ritrattamenti nei quali l'operatore è chiamato innanzitutto a rimuovere i materiali dentari impiegati nel precedente trattamento e dunque presenti nei canali. Tradizionalmente, questi materiali vengono rimossi grazie a strumenti manuali e rotanti e soluzioni solventi; oggi, in aggiunta, disponiamo della macrocannula del sistema EndoVac, e durante il suo utilizzo si può constatare visivamente quanti pericolosi residui vengono aspirati e rimossi dai canali, rendendoli molto più puliti e favorendo così un'otturazione tridimensionale dello spazio endodontico. Spesso, al termine di alcune mie conferenze in tema di irrigazione, mi è stato chiesto se sia proprio l'EndoVac lo strumento miracoloso che determina certe sorprendenti guarigioni. Ebbene mi sono affrettato a smentire una simile teoria, dato che in Endodonzia non vi è nulla di miracoloso a parte la pazienza e la dedizione con cui chi ama questa branca decide di praticarla.

→ ET pagina 4

Barattolo, Ruspa, Castellucci, Santarcangelo a Montecarlo.

DISCUS™

EndoVac®

L'innovativo sistema di irrigazione canalare a pressione apicale negativa

- permette la perfetta detersione del canale fino al terzo apicale
- consente il totale controllo degli irriganti
- elimina il rischio di estrusione della soluzione
- riduce drasticamente i tempi di applicazione

ora dotato di

MULTI-PORT ADAPTER

e della nuova Master Delivery Tip

ancora più semplice da utilizzare

Distributore esclusivo per l'Italia

SIMIT DENTAL

SIMIT DENTAL SRL
Via Carlo Pisacane 5/A - Mantova
Tel. 0376 267811 - Fax. 0376 381261
info@simitdental.it

Anno V n. 1 - Giugno 2011

Italian Edition

I relatori Castellucci e Santarcangelo.

← ET pagina 3

In concreto, per la buona riuscita di un trattamento, prima di irrigare con EndoVac bisogna aver fatto la giusta diagnosi, bisogna aver correttamente aperto la camera pulpare e sagomato i canali radicolari; inoltre, spesso, nei ritrattamenti si dovranno rimuovere ostacoli di vario tipo come tappi, gradini o strumenti rotti, oltre ai precedenti materiali da otturazione. Solo ora entra in gioco la tecnica di irrigazione e, se crediamo che sia una cosa buona disinfettare per intero un canale, allora adopereremo il sistema EndoVac, che a mio avviso, attualmente, costituisce il top. Dopodiché l'operatore dovrà otturare i canali in maniera tridimensionale plasticizzando al meglio la guttaperca col calore e condensandola verticalmente. Come vede, per il buon esito della terapia canalare non serve solo irrigare con EndoVac, ma serve praticare a 360 gradi un'Endodonzia di alto livello.

Schoffel precisa sempre che l'agitazione non è irrigazione. Quale la comparazione con altri sistemi?

E fa bene a precisarlo, perché purtroppo vi è grande confusione fra irrigazione e potenziamento degli irriganti, di cui l'agitazione è parte.
Irrigare significa depositare gli irriganti all'interno del canale radicolare, e come sistemi di rilascio degli irriganti si possono usare siringhe ed aghi (Positive Pressure) oppure l'EndoVac (Apical Negative Pressure).
Una volta depositati, gli irriganti possono essere potenziati nella loro azione tramite diversi sistemi che producono calore oppure generano ultrasuoni e subsuoni che li mobilizzano al meglio. Personalmente attivo gli irriganti coi suddetti mezzi, ma prima li deposito per l'intera lunghezza del canale a mezzo EndoVac.

In tutta sincerità, crede davvero che il sistema EndoVac rappresenti una svolta in Endodonzia?

Sì, rappresenta un enorme passo in avanti, in grado di conferire predicibilità all'intero trattamento, aumentandone le percentuali di successo.
La mia ferrea convinzione nasce da cinque anni di pratica di questa metodica, che ha dato indubbiamente una marcia in più alla mia Endodonzia. Da un punto di vista culturale e scientifico, l'esperienza EndoVac è stata una delle più importanti e formative della mia carriera.
Mi lasci spiegare il perché, è una bella storia. Il sistema EndoVac fu presentato in anteprima mondiale dal suo inventore John Schoeffel alla fine del 2006 durante un webinar in diretta dalla California.
Io ne avevo sentito parlare casualmente mentre curiosavo su diversi siti odontoiatrici americani, così acquistai l'evento e per quattro ore, dalle 2 alle 6 del mattino, rimasi incollato al monitor del pc, sorpreso e affascinato da questa nuova metodica. La lezione di Schoeffel fu stupenda, chiarì magistralmente gli aspetti più oscuri della fluido-dinamica, supportando il tutto con leggi dalle basi robuste e inconfutabili attinte alla fisica e alla chimica.
Qualche mese dopo frequentai un Master a Miami con lo stesso dott. Schoeffel, il quale mi insegnò nei dettagli la tecnica.
A John, che ormai è un mio grande amico, riconosco il merito di avermi aperto la mente su tanti argomenti endodontici, sfatando falsi miti e arricchendo le mie conoscenze. In quell'occasione acquistai il dispositivo, che era ancora sconosciuto in Europa e non commercializzato. Quando iniziai ad usare l'EndoVac non era stato ancora pubblicato un solo studio in letteratura né vi erano colleghi con cui scambiarsi esperienze e impressioni.
La cosa esaltante era che ogni giorno scoprivo qualcosa di nuovo riguardante le potenzialità del sistema, mi sono sentito… un "pioniere"! Le mie giornate lavorative sono diventate d'incanto meno faticose e più entusiasmanti. Dal 2007 ho trattato il 100% dei miei pazienti con questo sistema, accumulando una vasta casistica (più di 4000 casi) che mi è valsa l'invito come relatore durante il prestigioso congresso dell'AAE (American Association of Endodontics) in S. Diego nel 2010, nonché gli inviti da parte di due importanti Università americane, la Boston University e la Harvard University. Ultimamente ho presentato con orgoglio i risultati positivi di questi anni di lavoro con EndoVac a S. Antonio (Texas) nel corso del congresso annuale dell'AAE.

Sempre Schoffel, a Verona, ha citato 3000 suoi casi di ritrattamento tra il 2007 e il 2010. Lei ha sostenuto però, a Montecarlo in un congresso, che comunque esiste sempre anche un componente che si chiama fortuna. Lei quanto è fortunato?

Moltissimo perché ho avuto una famiglia in grado di trasmettermi valori morali importanti, ho una vita meravigliosa e svolgo una professione che amo.

Grazie e speriamo presto di ospitare alcuni suoi casi sul nostro inserto *Endo Tribune*.

Patrizia Gatto

Schoeffel e Santarcangelo.

Mtwo kor:
microperni in fibra di vetro con moncone integrato

Sweden & Martina lancia Mtwo kor, un nuovo sistema di perni endocanalari conici in fibra di vetro con moncone integrato: un sistema semplice ed ergonomico per la realizzazione di ricostruzioni perfette.

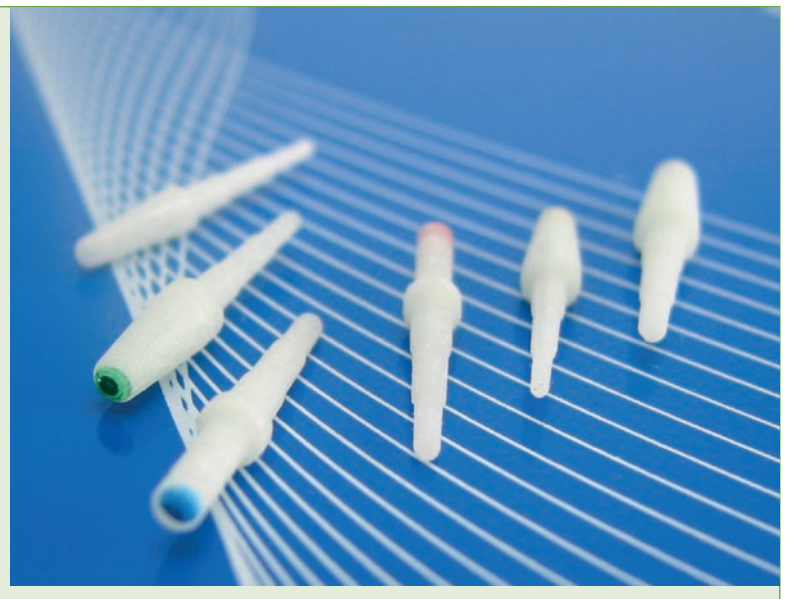
La praticità d'uso dei perni Mtwo kor ne permette l'utilizzo in tutti quei casi in cui sia necessario costruire monconi resistenti e con caratteristiche tecniche che garantiscano un valido supporto ai lavori protesici da sostenere.

Ogni perno è contraddistinto da un colore che ne facilita l'uso e il riconoscimento.

Ogni fresa è contraddistinta da un anellino, colorato con lo stesso colore con cui sono contraddistinti i perni, per riconoscere la fresa giusta per ogni perno senza alcuno sforzo, in modo intuitivo.

Vantaggi immediati per l'utilizzatore

- Miscela di fibra di vetro traslucente e resina epossidica altamente resistente
- Nove perni conici di misura differente nel rispetto della morfologia dei canali radicolari
- Zona apicale ridotta per adattamento ottimale
- Speciale scanalatura per ottenere cementazione corretta ed omogenea
- Frese calibrate con design innovativo



Per informazioni:
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10 - 35020 - Due Carrare (PD)
Tel.: 049.9124300
www.sweden-martina.com - info@sweden-martina.com

Italian Edition *Anno V n. 1 - Giugno 2011*

Reciproc® one file endo

DENTSPLY Italia
Numero verde 800921107

Efficacia e Semplicità: la preparazione del canale con un solo strumento

Dopo 10 anni di ricerca VDW presenta la soluzione per un'endodonzia semplice: Reciproc® one file endo, il sistema che permette di sagomare completamente il canale radicolare con un solo strumento in Nichel Titanio, azionato da un motore dedicato e senza l'utilizzo di un file manuale iniziale per creare un glide path.

Il movimento che compie il micromotore VDW.Silver Reciproc® è un movimento alternato o reciproco, dove lo strumento prima taglia ruotando in una direzione e successivamente ritorna indietro per rilasciare lo strumento. L'angolo della direzione tagliente è più ampio rispetto a quello della direzione contraria, in questo modo lo strumento progredisce con un movimento continuo verso l'apice senza il rischio di impegnarsi e conseguentemente fratturarsi all'interno del canale. Il movimento alternato attenua lo stress sullo strumento e pertanto riduce il rischio di affaticamento ciclico causato dalla tensione e dalla compressione (De-Deus et al. 2010; Varela-Patiño et al. 2010) e allo stesso tempo assicura che lo strumento rimanga centrato all'interno del canale.

Reciproc® è un sistema semplice da usare e da apprendere perché un solo strumento fa il lavoro dei molti strumenti manuali e rotanti necessari fino ad oggi per sagomare il canale radicolare.

Il protocollo clinico riduce al minimo le fasi di lavoro e non è più necessario cambiare gli strumenti nel contrangolo durante la preparazione del canale. Test clinici hanno dimostrato che la procedura viene resa molto più veloce perché il tempo di lavoro con un singolo file alternato è 4 volte più breve (G. Yared 2010) rispetto alla tradizionale tecnica rotante in Ni-Ti.

Il sistema Reciproc® è studiato per essere più efficace e sicuro rispetto alle tecniche rotanti, perché il rischio di frattura dovuto all'avvitamento e al blocco dello strumento nel canale è stato eliminato.

Lo strumento Reciproc® è monouso, utilizzabile al massimo per un molare, e confezionato in blister pre-sterilizzati.

Il sistema Reciproc® rende il flusso di lavoro più efficiente, eliminando il bisogno di pulire e sterilizzare lo strumento e riducendo sensibilmente il rischio di contaminazioni da contatto per il personale di studio e totalmente quello di contaminazioni crociate per il paziente. Gli strumenti Reciproc® sono stati studiati con misure e conicità ISO che garantiscono una preparazione apicale ottimale utilizzando un solo strumento.

Reciproc® è prodotto con Nichel-Titanio M-Wire®.

Questa speciale lega brevettata garantisce una straordinaria resistenza alla fatica ciclica grazie all'innovativo processo di trattamento termico, attraverso il quale viene prodotta. La lega M-Wire® possiede sia una maggiore resistenza alla fatica ciclica che una maggiore flessibilità rispetto al Nichel-Titanio tradizionale. Lo strumento Reciproc® ha la sezione ad S che gli conferisce una elevata efficienza di taglio ed una conicità variabile regressiva per garantire una preparazione conservativa e senza inutile perdita di sostanza dentaria. Grazie a questa conicità variabile regressiva, gli strumenti Reciproc® sono più sottili nella parte lavorante alta rispetto alla maggior parte degli strumenti conici in Nichel Titanio di misure ISO comparabili. Questo previene una inutile perdita di sostanza dentaria nella sezione coronale durante la preparazione e rende gli strumenti ideali per preparare canali anche molto curvi e stretti.

Il sistema include 3 strumenti Reciproc® (R25 per canali piccoli, R40 per canali medi ed R50 per canali grandi), un micromotore VDW.Silver® Reciproc®, punte di carta Reciproc® e punte di guttaperca Reciproc® corrispondenti alle misure dello strumento.

RECIPROC®
one file endo

Disponibile solo presso il suo referente DENTSPLY di zona o chiamando il N. Verde 800-921107

Efficienza e Semplicità
La preparazione del canale con un solo strumento

- SEMPLICE DA USARE ▸ Meno fasi di lavoro e nessuna sequenza da ricordare
- SICURO ▸ Minori rischi di frattura e avvitamento anche in canali curvi e stretti
- MONOUSO ▸ Conveniente perché elimina le fasi di pulizia e sterilizzazione

Per maggiori informazioni sul sistema RECIPROC® visita il sito
▸www.dentsply.it
▸www.reciproc.it

Numero Verde 800-921107
DENTSPLY Italia S.r.l.
Via Curtatone, 3 - 00185 Roma - fax: 06-72640394
www.dentsply.it - email: insidesales.italia@dentsply.com

For better dentistry
DENTSPLY

Anno V n. 1 - Giugno 2011 Italian Edition

Irrigazione sonica con punta SF65 Komet: esperienza clinica

Giuseppe Squeo, *Libero professionista, Bari*

La sagomatura canalare può essere eseguita sia con strumenti manuali che meccanici; entrambi, però, producono smear layer che, depositandosi lungo la superficie canalare dentinale, oblitera tubuli dentinali e canali laterali, impedendo di fatto la completa rimozione del materiale infetto in essi contenuti[1].

Diversi studi hanno dimostrato che l'associazione di Ipoclorito di Sodio (NaOCl) e di EDTA, utilizzati durante la fase di sagomatura, sia molto efficace nella rimozione dello smear layer[2-4].

Al termine di questa fase, la disinfezione del complesso sistema canalare può essere migliorata con tecniche che prevedono un potenziamento dell'azione degli irriganti canalari tramite attivazione ultrasonica, attivazione sonica e l'irrigazione mediante semplici siringhe.

Fig. 1 *- Punta SF65 montata su endochuck avvitato su manipolo sonico SF1LM KOMET.*

Alcuni studi hanno dimostrato che l'azione dell'EDTA attivato dagli ultrasuoni ha una maggiore efficacia nella rimozione dello smear layer rispetto alla pura e semplice veicolazione dell'irrigante tramite le normali siringhe da irrigazione. Una tale migliore azione di pulizia è evidente nelle aree dove l'anatomia radicolare è più complessa e dove le dimensioni e la profondità di penetrazione dell'ago e quindi dell'EDTA è più difficile[5-9].

Risultati contrastanti si sono avuti, invece, confrontando l'efficacia nella rimozione dello smear layer ottenuta con l'irrigazione ad attivazione ultrasonica o con l'irrigazione ad attivazione sonica[10-12].

L'irrigazione sonica, rispetto a quella ultrasonica, lavora con una frequenza di oscillazione inferiore (1-6 kHz), e questo provoca minori stress alla radice[13].

L'azione che provoca la rimozione dello smear layer dalle pareti dentinali canalari va sotto il nome di "acoustic streaming"[14]. L'acoustic streaming può essere definito come un rapido movimento vorticoso del liquido presente intorno ad una punta che oscilla[15].

Recentemente, la Komet ha introdotto una punta per l'attivazione sonica degli irriganti canalari: SF65. Mediante un endo-chuck, la punta è utilizzabile su manipoli sonici, come l'SF1LM KOMET o sul SonicFlex SF2003L (Fig. 1).

Per favorirne l'adattamento in tutte le anatomie canalari, la punta SF65 sfrutta la caratteristica della super-elasticità del Nichel-Titanio (Fig. 2).

→ ET pagina 7

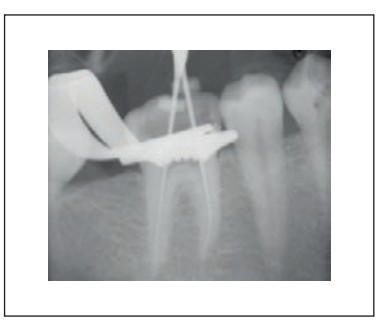


Fig. 2 *- La punta SF65 sfrutta le caratteristiche di superelasticità del NiTi.*

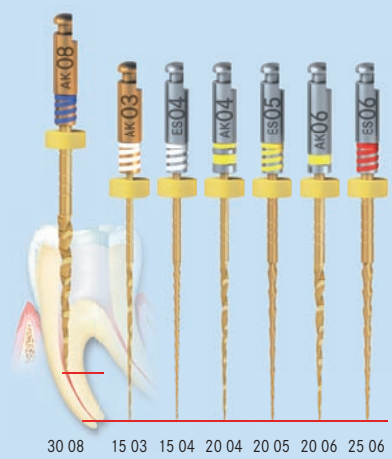
Komet
La scelta della qualità

Sequenza di Sagomatura Semplice e Sicura

Quality Products
Made in Germany

4S KOMET: per un'Endodonzia migliore

Komet ha creato una metodica di strumentazione endodontica denominata 4S: Sequenza di Sagomatura Semplice e Sicura. In inglese: Safe and Simple Shaping Sequence. Si tratta di una serie di strumenti nella quale ogni file lavora in modo molto delicato e graduale rispetto a quello precedente e a quello successivo. L'obiettivo è permettere una preparazione progressiva del canale radicolare, senza salti «faticosi» di misure e/o di conicità che spesso sono causa di rotture degli strumenti in NiTi. La metodica 4S KOMET prevede una scelta sequenziale ragionata di diametri e di conicità per risolvere seriamente il problema dell'affaticamento e della sovrasollecitazione degli strumenti e per garantire sicurezza e precisione operativa in tutte le anatomie.



KOMET ITALIA S.r.l. · Via Fabio Filzi 2 · 20124 Milano · Telefono (02) 67 07 66 54 · Fax (02) 67 47 93 18 · kometitalia@komet.it · www.komet.it

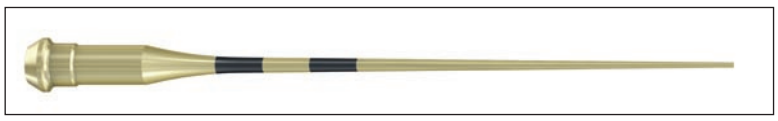


Fig. 3 *- Aspetto della punta SF65.*

← ET pagina 6

La punta è autoclavabile e, per prevenire gli effetti corrosivi causati dagli irriganti canalari e dai ripetuti cicli di sterilizzazione, è stata rivestita da un sottile strato di Nitruro di Titanio (TiN). La letteratura internazionale ha dimostrato che questo trattamento di superficie rende la superficie del Nichel-Titanio priva di irregolarità e più resistente all'azione degli agenti corrosivi[16]. La punta SF65 è lunga 25 mm ed è provvista di tacche nere a 16-18-20-22 mm per controllarne sempre la lunghezza di lavoro; il diametro della punta (arrotondata) è 0,20 mm, mentre la conicità è 02; queste ridotte dimensioni sono state pensate per permettere di inserire la punta in tutte le tipologie canalari (Fig. 3).

Metodo di utilizzo

L'utilizzo della punta SF65 inizia quando la fase della sagomatura canalare è completata.

La punta SF65 deve lavorare con un movimento di va e vieni nel canale; la profondità massima di lavoro è 2 mm in meno rispetto alla lunghezza del canale radicolare; la punta deve essere fatta vibrare alla frequenza più bassa possibile del manipolo sonico; non bisogna esitare fermi nello stesso punto del canale con la punta in azione.

Per ogni canale radicolare il protocollo operativo è il seguente:

- 3 cicli di 15 sec con NaOCl attivato con SF65 (sostituire l'NaOCl dopo ogni ciclo);
- 3 cicli di 15 sec con EDTA attivato con SF65 (sostituire l'EDTA dopo ogni ciclo);

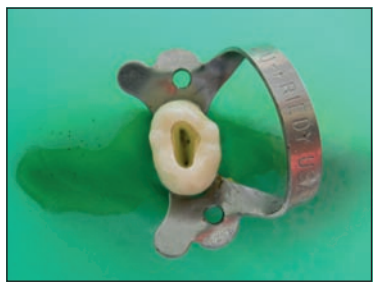


Fig. 4 *- Situazione prima dell'attivazione sonica del NaOCl.*

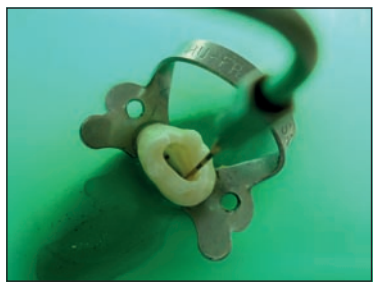


Fig. 5 *- Attivazione sonica tramite la punta SF65.*

Fig. 6 *- Effetto effervescenza in seguito ad attivazione del NaOCl.*

- 3 cicli di 15 sec con NaOCl attivato con SF65 (sostituire l'NaOCl dopo ogni ciclo).

Passare al canale successivo se si tratta di un elemento dentale pluricanalare, quindi asciugare e otturare il sistema canalare. L'azione dell'attivazione dell'irrigante è dimostrata con un "effetto schiuma" che appare nella camera pulpare (Figg. 4-6).

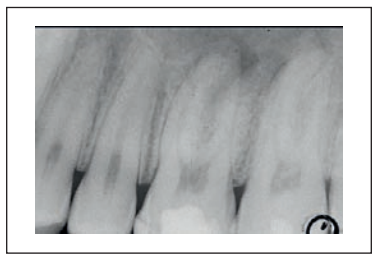


Fig. 7 *- Lesione periradicolare di 2.6.*

Fig. 8 *- Fistola palatale.*

I vantaggi clinici nell'utilizzo di questa punta per l'attivazione degli irriganti canalari sono:

1. un notevole risparmio di tempo nella fase della detersione e disinfezione del sistema canalare;
2. una irrigazione profonda del sistema canalare (siamo certi di portare gli irriganti nel terzo apicale);
3. una più rapida guarigione delle lesioni periradicolari come mostrato nel caso clinico seguente.

Caso Clinico

Lesione periradicolare a carico del 2.6 di un giovane paziente (Fig. 7); è presente anche una fistola palatale (Fig. 8). Dopo aver rilevato le corrette lunghezze di lavoro dei 4 canali radicolari (Figg. 9, 10), si è proceduto alla sagomatura del sistema canalare con strumenti 4S KOMET.

Al termine di questa fase si è proceduto alla profonda disinfezione del sistema canalare adoperando la punta SF65 e seguendo il protocollo consigliato dalla casa produttrice, precedentemente riportato in questo articolo. È seguita, quindi, la fase dell'otturazione tridimensionale del sistema canalare, eseguita con la tecnica della guttaperca calda veicolata da carrier (Fig. 11). A distanza di 7 gg. il paziente è stato rivisto per eseguire il restauro post-endodontico; all'esame clinico intraorale era apprezzabile la scomparsa della fistola palatale (Fig. 12). Il successivo controllo a distanza di soli 3 mesi dal trattamento endodontico mette in evidenza la completa guarigione della lesione periradicolare (Fig. 13).

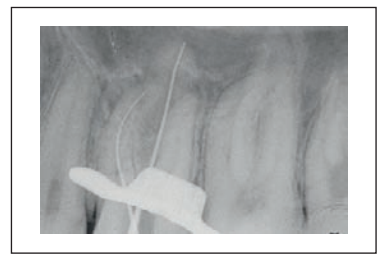


Fig. 9 *- Rilevazione della lunghezza di lavoro.*

Fig. 10 *- Rilevazione della lunghezza di lavoro.*

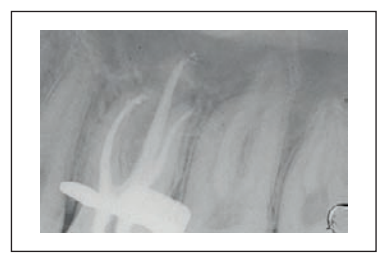


Fig. 11 *- Otturazione con tecnica Thermafil.*

Fig. 12 *- Scomparsa della fistola palatale.*

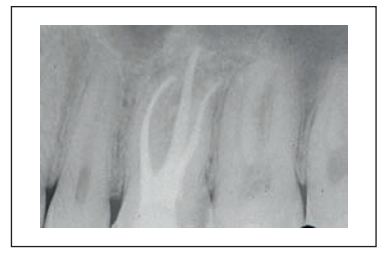


Fig. 13 *- Controllo a 3 mesi. Completa guarigione della lesione periradicolare.*

Conclusioni

In Endodonzia si cerca di ottenere sempre un risultato che sia quanto più sicuro, semplice, predicibile e rapido possibile.

In quasi tutte le fasi di un trattamento endodontico questi obiettivi sono stati raggiunti; la fase della detersione è quella dove ancora si è alla ricerca di un protocollo che sia quanto più universale possibile.

L'avvento di strumenti sonici per l'attivazione degli irriganti canalari, come la punta SF65 KOMET, rappresenta sicuramente un passo importante verso questa direzione.

Questa garantisce la riduzione dei tempi di lavoro ed una accelerazione dei tempi di guarigione delle lesioni periradicolari; il tutto associato ad una semplicità di utilizzo veramente sbalorditiva.

Il fatto che il manipolo sonico consenta di eseguire operazioni cliniche importanti non solo in endodonzia (rifinitura delle pareti della camera pulpare, svasatura iniziale degli imbocchi canalare, attivazione dei liquidi di disinfezione), ma in tutte le branche dell'odontoiatria (dalla profilassi fino alla chirurgia!), è un vantaggio ergonomico notevole con ricadute positive nella gestione dei tempi e dei costi di uno studio odontoiatrico.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.

Il mineral trioxide aggregate "MTA" in endodonzia ortograda: a case-report

Stefano Daniele *DDS, MSc*

Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria
Polo S. Paolo; Unità operativa Dipartimentale di Patologia, Medicina Orale e Geriatria - Direttore: Prof. A. Carrassi

Abstract

Lo scopo del lavoro è quello, attraverso la descrizione di due case-report, di evidenziare le applicazioni del mineral trioxide aggregate "MTA" in endodonzia ortograda. In particolare, si prende in considerazione l'otturazione canalare di un incisivo centrale con ampio forame apicale e la riparazione di una perforazione iatrogena del pavimento della camera pulpare di molare inferiore.

Introduzione

Tra i materiali impiegabili per otturare il sistema canalare ha trovato spazio, negli ultimi anni, il mineral trioxide aggregate "MTA".

Tale materiale, oltre che essere il miglior ausilio per ottenere un'otturazione retrograda ad elevata capacità di sigillo negli interventi di endodonzia chirurgica, trova indicazioni anche per risolvere situazioni particolari in endodonzia ortograda. "MTA" trova indicazione nella riparazione delle perforazioni del sistema endodontico che mettono in comunicazione quest'ultimo con i tessuti parodontali e nell'otturazione del terzo apicale, laddove il diametro del forame appare di grosse dimensioni.

Quest'ultima condizione si può riscontrare nei processi di riassorbimento esterno dell'area apicale della radice, condizione che riposiziona il forame in senso coronale aumentandone così il diametro. Ancora, forami apicali di grosso diametro si possono evidenziare in quelle situazioni dove un arresto dell'apicogenesi (generalmente per necrosi dei tessuti pulpari) impedisce la fisiologica maturazione dell'apice radicolare e la riduzione del diametro del forame apicale.

I principi biologici e fisicochimici alla base della scelta di "MTA" per risolvere tali situazioni cliniche si basano sul fatto che il materiale presenta un'ottima biocompatibilità nei confronti dei tessuti parodontali e un'attività induttiva alla proliferazione verso molte specie cellulari, tra le quali ritroviamo gli osteoblasti e i fibroblasti. Questa condizione garantisce l'ottenimento di un valido sigillo tra tessuto dentale e materiale da otturazione in tutte quelle condizioni cliniche ove, per definizione, non si riesce ad avere una superficie ricevente asciutta, e mi riferisco alla cavità retrograda in endodonzia chirurgica ed all'otturazione di apici di grosso diametro[1].

Per contro, occorre considerare come "MTA" non sia di facile manipolazione, anche in considerazione del fatto che trova indicazione clinica all'uso in aree dell'endodonto di non facile esplorazione e visione.

Vengono riportati di seguito due case report che descrivono, passo per passo, le procedure cliniche relative all'impiego di "MTA" in endodonzia ortograda.

Case report 1_Otturazione di canale con ampio diametro apicale

Il caso clinico qui riportato descrive il trattamento endodontico di 2.1 e 2.2 di un giovane paziente di sesso maschile giunto, in urgenza, all'osservazione per dolore intenso in corrispondenza dell'area mascellare di destra.

→ ET pagina 8

← ET pagina 7

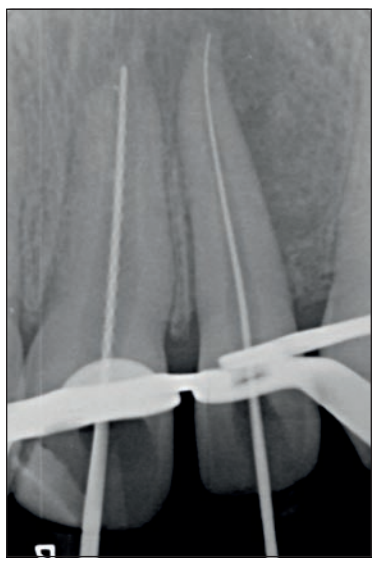
All'indagine anamnestica il paziente riferiva che gli incisivi centrale e laterale di destra erano stati trattati, medicati come riportato dallo stesso, per più volte da un collega nell'ultimo mese. L'indagine radiografica evidenziava area di minor densità ossea nell'area apicale di 2.1 e 2.2 compatibile con processo infiammatorio, di probabile eziologia infettiva, derivante dagli elementi dentali sopraccitati. Si è deciso e provveduto, previa anestesia plessica e posizionamento della diga di gomma, alla esplorazione, attraverso l'ausilio del microscopio operatorio, dell'endodonto degli elementi dentali in questione i quali evidenziavano, a livello del terzo medio e apicale, porzioni di tessuto pulpare che sanguinavano copiosamente alla manovra.

Il sanguinamento era probabilmente da riferire a un importante stato flogistico della polpa residua, come conseguenza della contaminazione da parte di batteri provenienti dalla cavità orale in considerazione dello scarso sigillo coronale presente.

L'asportazione del tessuto pulpare residuo, mediante strumenti endodontici e irrigazioni a base di NaOCl al 5.25% (Niclor Ogna, Muggiò, Italia) è stata seguita da opportuna terapia medica attraverso la prescrizione di antinfiammatori non steroidei (naprossene sodico) per il controllo della sintomatologia dolorosa. Un successivo appuntamento è stato dedicato alla conclusione della terapia canalare degli elementi dentali in questione e, durante le manovre operatorie su 1.1, si è potuto apprezzare un diametro apicale di considerevoli dimensioni (> 0.60 mm). Tale condizione sconsigliava l'otturazione del terzo apicale con guttaperca termoplasticizzata in considerazione del rischio di avere, per l'ampio diametro apicale, un'estrusione di guttaperca e cemento endodontico oltre il limite apicale e, anche se ciò non si fosse verificato, rimanevano grossi dubbi nel riuscire ad asciugare efficacemente l'area apicale e ottenere ivi un valido sigillo endodontico.

Si è deciso, quindi, di otturare il terzo apicale mediante l'impiego del mineral trioxide aggregate "MTA" (Dentsply Tulsa Dental, Usa) operando con la procedura di seguito riportata[2].

1. Terminata la sagomatura e la detersione dell'endodonto, si è proceduto all'asciugatura del canale mediante coni di carta di grossa dimensione (coarse, medium). Il cono di carta, ovviamente, in considerazione dell'ampio diametro apicale, non riusciva ad asciugare il terzo apicale uscendo dal canale visibilmente bagnato nella sua parte terminale.
2. Si è proceduto alla scelta del plugger da otturazione canalare con l'obiettivo di trovare quello che raggiungesse facilmente il terzo apicale e la cui estremità non fosse distante più di 1mm / 1.5 mm dalla lunghezza di lavoro determinata. Generalmente, i numeri bassi dei plugger (8, 8.30, 9) fungono bene allo scopo, ma se anche questi ultimi risultano troppo grossi si possono impiegare i plugger del Sistem B (Sybron Endo, Usa) nelle misure più piccole, ovvero FM o M.
3. Nel caso in cui il diametro dell'apice sia davvero molto ampio si può decidere di creare una barriera di materiale riassorbibile che eviti l'estrusione di "MTA" oltre il limite apicale. Allo scopo si è utilizzata una piccola porzione di spugna di cellulosa (la stessa che si inserisce nell'alveolo post-estrattivo). La porzione di cellulosa riassorbibile è stata portata a livello apicale attraverso un plugger di piccolo calibro la cui parte apicale arrivava alla misura di lavoro del canale o leggermente oltre.
4. Si è proceduto, dunque, alla miscelazione della polvere di "MTA" con la soluzione sterile fornita dal fabbricante oppure, se quest'ultima non è più disponibile, si può impiegare qualche goccia di anestetico (soluzione sterile), avendo cura di impiegare un ago nuovo e non quello impiegato per eseguire l'anestesia, che risulta contaminato dai batteri salivari. Anche la piastra di vetro da impasto e la relativa spatola devono essere sterili.
5. La miscela di "MTA" della giusta consistenza è stata caricata nell'apposita siringa dedicata (MTA Gun System. Dentsply Tulsa Dental USA) e quindi portata nella parte apicale del canale. Il plugger scelto precedentemente ha provveduto, attraverso una delicata compattazione, ad adattare il materiale a livello apicale. La formazione dell'"MTA plug" a livello apicale richiede generalmente due o tre apporti, durante i quali si osserva che il plugger scelto non raggiunge più la lunghezza stabilita in quando incontra gli incrementi di materiale precedentemente apposti.
6. "MTA" indurisce in ambiente umido nel giro di 3-4 ore, e quindi si è reso necessario inserire nel canale un cono di carta di grosse dimensioni, umidificato e tagliato all'incirca a livello dell'imbocco canalare. Si è conclusa la seduta operatoria posizionando un batuffolo di cotone idrofilo umido a livello della cavità di accesso preparata e del materiale da otturazione provvisoria a base di solfato di calcio a chiudere quest'ultima.
7. Ad un successivo appuntamento si è riposizionata la diga di gomma e otturato il terzo medio e coronale del canale al di sopra dell'"MTA plug". Allo scopo si può impiegare della guttaperca termoplasticizzata estrusa dalla siringa Obtura (Spartan, Usa) oppure uno o più otturatori che veicolano guttaperca calda (Thermafil, Dentsply Tulsa Dental, Usa; Thermo GP Precision, UK). Da evitare, a mio avviso, sistemi che condensano a caldo la guttaperca mediante una decisa spinta apicale, poiché quest'ultima potrebbe causare la dislocazione dell'"MTA plug" e quindi la perdita del sigillo apicale ottenuto.



Figg. 1, 2 *- Radiogrammi della condizione pre operatoria e determinazione della lunghezza di lavoro.*

Figg. 3, 4 *- Ottenimento del "MTA plug" a carico di 2.1 e completamento della cura canalare a carico di 2.2.*

Case report 2_ Riparazione di perforazione del pavimento della camera pulpare

Il caso clinico presentato descrive la riparazione di una perforazione del pavimento della camera pulpare dell'elemento 4.6. Il paziente è giunto all'osservazione inviato da collega per la difficoltà a reperire gli imbocchi canalari mesiali, operazione che è stata causa della perforazione del pavimento della camera pulpare dell'elemento in questione. Dopo aver eseguito l'anestesia tronculare e posizionata la diga di gomma, si è potuto apprezzare clinicamente, mediante l'impiego del microscopio operatorio, l'esistenza di una perforazione del pavimento della camera nella sua parte centrale. Si è proceduto, prima del trattamento del sistema canalare, alla riparazione della perforazione attraverso le manovre di seguito descritte:

1. Si è provveduto al reperimento degli imbocchi canalari eseguendo, contestualmente, la sagomatura e la detersione del terzo coronale e medio del sistema canalare, al fine di evidenziare adeguatamente gli stessi.
2. La zona della perforazione è stata adeguatamente detersa con acqua ossigenata a bassi volumi, manovra che può eventualmente anche risultare utile nel fermare il sanguinamento dei tessuti parodontali esposti a livello della perforazione.
3. Dei coni di carta sono stati inseriti negli imbocchi reperiti per evitare che l'"MTA" miscelato potesse scivolare all'interno dei canali durante il suo apporto nell'area della perforazione.
4. Si è proceduto alla miscelazione della polvere di "MTA" seguendo le procedure prima descritte e il suo apporto nell'area della perforazione mediante dispositivo dedicato (MTA Gun System, Dentsply Tulsa Dental, Usa).

L'impasto di "MTA" è stato delicatamente adattato mediante piccoli batuffoli di cotone idrofilo asciutto[3].

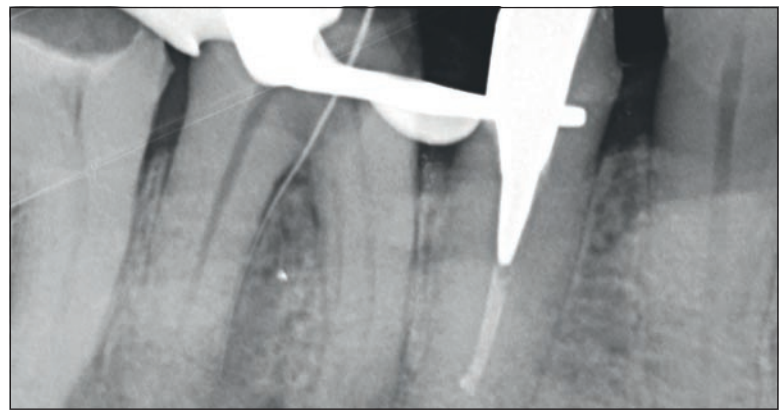
5. Nella camera pulpare è stato posizionato un batuffolo di cotone idrofilo umido (MTA indurisce in ambiente umido) ed eseguita l'otturazione provvisoria con materiale da otturazione provvisoria a base di solfato di calcio.
6. Al successivo appuntamento si è proceduto al completamento della terapia canalare dell'elemento in questione. La scelta di eseguire prima la riparazione della perforazione rispetto al trattamento dei canali trova il suo razionale nel fatto che, indugiando tale perforazione, potrebbe complicarsi con una compromissione parodontale e quindi con l'instaurarsi del coinvolgimento della biforcazione, cosa che peggiorerebbe notevolmente la prognosi dell'elemento dentale.

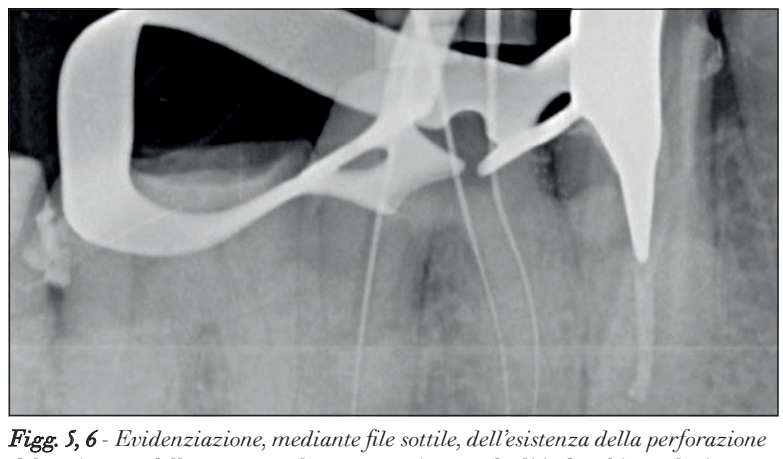
Conclusioni

I case report descritti evidenziano le possibilità d'impiego del mineral trioxide aggregate "MTA" come materiale da otturazione canalare nel trattamento di particolari situazioni cliniche. Le proprietà del "MTA", e in particolar modo quella di essere in grado di indurire e generare un valido sigillo in ambiente umido, rendono questo materiale di elezione nel trattamento delle perforazioni radicolari e nell'otturazione del terzo apicale di radici con ampio forame apicale.

L'Autore del presente articolo è l'unico responsabile delle procedure ivi descritte.

La bibliografia è disponibile presso l'Editore.





Figg. 5, 6 *- Evidenziazione, mediante file sottile, dell'esistenza della perforazione del pavimento della camera pulpare e reperimento degli imbocchi canalari.*

Figg. 7, 8 *- Immagine clinica che mostra la riparazione della perforazione mediante impiego di MTA e conclusione del trattamento canalare dell'elemento in questione.*

Italian Edition Anno VII n. 6 - Giugno 2011

Il cavo orale sorgente di alitosi in presenza di Helicobacter pylori?

Rinaldo Pellicano, *Dirigente Medico - S.C. Gastroenterologia e Epatologia Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista (Molinette), Torino*

Rinaldo Pellicano.

Aspetti di microbiologia

L'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*), responsabile della malattia ulcerosa peptica, della gastrite cronica e carcinogeno di classe I, secondo la WHO è un batterio Gram-negativo, appartenente, insieme a una ventina di altre specie, al genere *Helicobacter*.

L'ambiente in cui il batterio trova le condizioni favorevoli per la crescita richiede un'atmosfera poco ossigenata, e perciò è definito microaerofilo. In condizioni ambientali sfavorevoli, come per esempio in corso di incremento della pressione parziale di ossigeno o di trattamento con farmaci inibitori della pompa protonica (PPI) o antibiotici, il microrganismo trasforma il proprio aspetto da bacillare (tipo bastoncello) a coccoide (tipo globoso, simile ad una bacca). La nicchia dell'*H.pylori* è rappresentata dallo stomaco dei primati, dove vive tra lo strato di muco e l'epitelio gastrico. La capacità del batterio di resistere all'acido è legata prevalentemente alla sua attività ureasica, mediante la quale scinde l'urea in anidride carbonica e ammoniaca, che neutralizza l'acido prodotto nella cavità gastrica. Al tempo stesso l'attività ureasica è implicata nella colonizzazione (cioè l'annidamento) e nella patogenicità (cioè la capacità di indurre eventi patologici) del batterio.

Aspetti di epidemiologia

L'infezione da *H.pylori* è ubiquitaria. La prevalenza (cioè il numero di casi nella popolazione) del batterio nei Paesi Industrializzati è caratterizzata da un incremento proporzionato alla fascia d'età (effetto coorte): ciò rispecchia il fatto che i soggetti in età avanzata hanno una maggior probabilità di aver vissuto nell'infanzia in condizioni igienico-sanitarie più sfavorevoli rispetto alle generazioni successive. Studi condotti nell'Europa occidentale hanno dimostrato una prevalenza media compresa tra il 5 e il 15% nei bambini e tra il 30 e il 65% negli adulti. Il dato è differente se si stratificano i soggetti in relazione all'origine etnica, in quanto gli immigrati e i loro discendenti di prima generazione presentano valori più elevati rispetto agli autoctoni.

Gli studi provenienti dai Paesi in via di industrializzazione indicano tassi di prevalenza dell'infezione nettamente superiori rispetto a quelli dei Paesi Industrializzati, con valori di positività di circa 80-90% nelle fasce di età adulta e 45-55% nei soggetti di età compresa tra 0 e 9 anni. L'incidenza, cioè il numero di nuovi casi in un determinato periodo di tempo, tra gli adulti precedentemente negativi o tra persone che sono state curate con successo (reinfezione), è valutata in valori compresi tra 0.5 e1% annuo, a dimostrazione del fatto che in tale periodo della vita è possibile ma non frequente l'acquisizione batterica.

Fattori di rischio dell'infezione

L'acquisizione dell'infezione da *H. pylori* avviene nella stragrande maggioranza dei casi durante l'infanzia e la sua persistenza nell'organismo è legata all'incapacità del sistema immunitario di liberarsene.

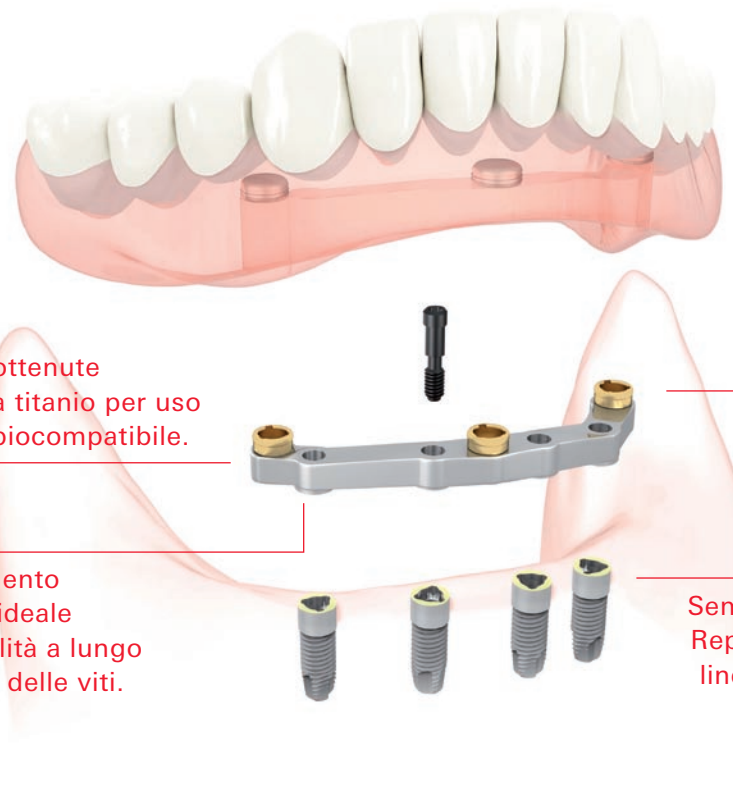
Il rischio di infezione è associato con le condizioni socio-economiche dell'età infantile. Tra i fattori connessi con l'aumentata possibilità di acquisire, in quel momento della vita, il batterio sono stati segnalati i seguenti:

- l'appartenenza ad una classe sociale con livello di istruzione e reddito bassi;
- la promiscuità, cioè il sovraffollamento dell'ambiente di vita e le condizioni igieniche scadenti;
- la mancanza di acqua calda corrente a disposizione in casa.

→ DT pagina 14

Nobel Biocare®

NobelProcera™
Barre per overdenture biocompatibili e precise.



Barre personalizzate ottenute mediante fresatura da titanio per uso chirurgico leggero e biocompatibile.

Precisione di adattamento per un trasferimento ideale del carico e una stabilità a lungo termine del serraggio delle viti.

Ampia gamma di barre e attacchi per soluzioni fisse o rimovibili.

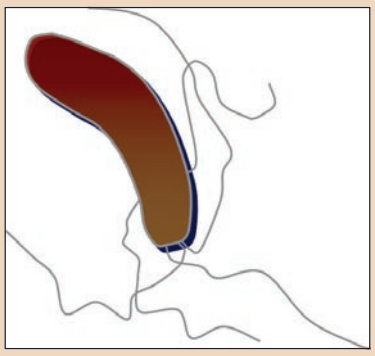
Semplicità di trattamento con Replace Select TC: protocollo lineare in una fase e accesso alla piattaforma a livello tissutale.

NOVITÀ
Corrispondenza ideale con gli impianti Replace Select TC

© Nobel Biocare Services AG, 2011 Tutti i diritti riservati. Nobel Biocare, il logo Nobel Biocare e tutti gli altri marchi di fabbrica sono, salvo diversa dichiarazione o evidenza dal contesto in un caso specifico, marchi di fabbrica di Nobel Biocare.

Provate il nuovo mondo dell'odontoiatria CAD/CAM di elevata precisione, rapida e conveniente. Utilizzando il software NobelProcera, il vostro laboratorio può sottoporre a scansione e progettare barre per overdenture personalizzate e per tutte le indicazioni: fisse o rimovibili, per soluzioni a basso costo o ad alto livello e per una vasta gamma di tipologie di attacchi e sistemi implantari. Tutte le barre sono ottenute mediante fresatura partendo da mono-blocchi di titanio biocompatibile per uso chirurgico. L'impianto di produzione NobelProcera crea barre resistenti e leggere, prive di saldature o problemi di porosità. La corrispondenza è ideale con il nuovo Replace Select TC, un impianto a livello tissutale per protocolli in una fase e tempi di trattamento più brevi.
Nobel Biocare è leader mondiale nelle soluzioni estetiche innovative basate sull'evidenza.
Per ulteriori informazioni, contattate la filiale locale al numero +39 039 683 61 o visitate il nostro sito web: www.nobelbiocare.com

Esclusione di responsabilità: alcuni prodotti potrebbero non avere l'approvazione o l'autorizzazione alla vendita da parte degli enti normativi in tutti i mercati. Rivolgetevi all'ufficio vendite locale Nobel Biocare per informazioni sulla gamma dei prodotti esistenti e la loro disponibilità.



Helictobacter pylori.

← DT pagina 13

In età adulta, l'abitudine al fumo, l'assunzione di alcolici, l'appartenenza ad un determinato sesso o ad un particolare gruppo sanguigno ABO non sembrano influenzare l'acquisizione del microbo, mentre è controverso il rischio rappresentato dallo svolgere attività endoscopica.

Vie di trasmissione

Gli studi attualmente disponibili dimostrano la trasmissione interumana del batterio, anche se diverse segnalazioni hanno indicato la possibilità che si riscontrino Helicobacter non-pylori, tipici degli animali, nello stomaco dell'uomo in associazione a patologia gastrica. A parte quest'ultima considerazione, è controversa la via attraverso la quale la trasmissione si realizza.

- *Via oro-fecale*

È dimostrato che l'*H.pylori* può rimanere metabolicamente attivo in acqua corrente per diversi giorni. Indagini condotte nell'America Latina, hanno rilevato che il rischio di infettarsi, tra i bambini che assumono acqua dell'acquedotto, è significativamente più elevato rispetto a coloro che utilizzano una sorgente privata. z

A rafforzare l'ipotesi della trasmissione attraverso tale via, vi sono alcuni dati che indicano un modello di distribuzione rassomigliante a quello del virus A dell'epatite, notoriamente a trasmissione oro-fecale, e associato a situazioni igienico-sanitarie sfavorevoli e a condizioni di vita di promiscuità.

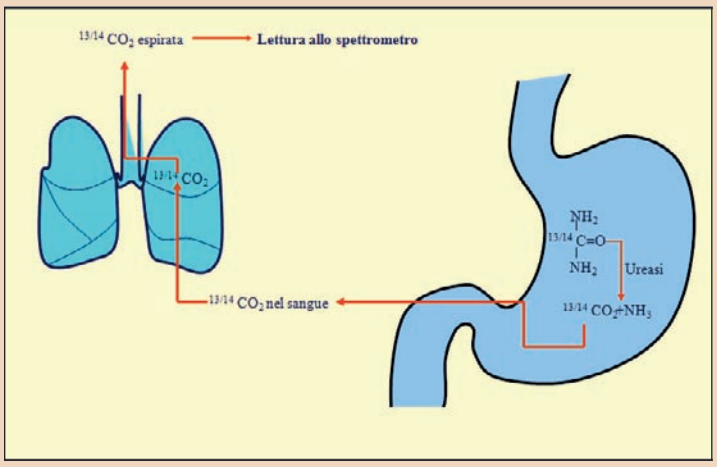
- *Via oro-orale*

A sostegno dell'ipotesi della trasmissione per via oro-orale, vi è l'isolamento dell'*H.pylori* nella placca dentaria e nella saliva. Secondo alcuni autori tuttavia, la bocca sarebbe solo un serbatoio transitorio, in cui il batterio non potrebbe vivere a lungo, inoltre, tra partners potenzialmente a rischio di trasmissione oro-orale, tale modalità è stata dimostrata essere insignificante.

Terapia

Il trattamento standard per l'eradicazione batterica è costituito da combinazioni farmacologiche, che comprendono due o tre antibiotici (generalmente amoxicillina, claritromicina, un nitroimidazolico o tetraciclina) in associazione con un PPI.

Le basi farmacologiche, per l'associazione degli antisecretori con gli antibiotici, è legata al fatto che è necessaria l'inibizione della secrezione acida gastrica, per permettere l'assorbimento intestinale di questi e aumentarne l'efficacia. Tale impostazione consente di raggiungere percentuali di eradicazione comprese tra il 70 e il 95% in relazione alle dosi, ai tempi di somministrazione e alle caratteristiche (soprattutto di resistenza) delle popolazioni studiate.



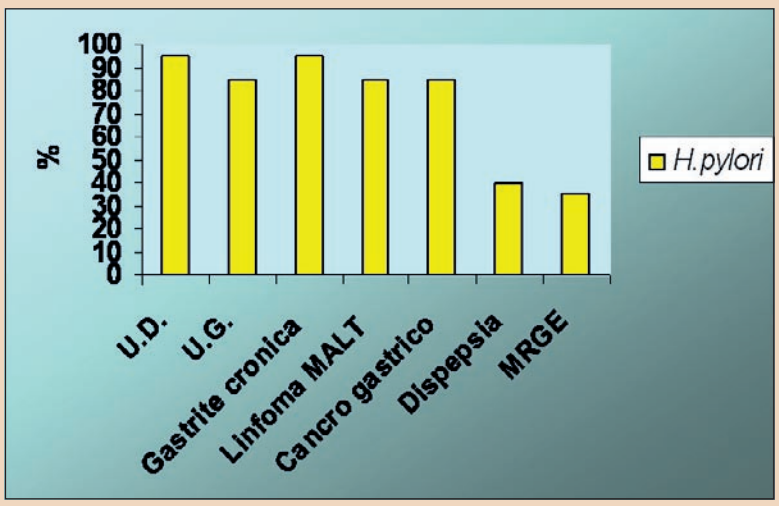
Urea Breath Test.

Spettometro.

Indicazioni all'eradicazione

Il fatto che l'infezione da *H. pylori* sia il fattore causale più rilevante dell'ulcera peptica implica che il paziente affetto sia candidato al trattamento eradicante. La cura dell'infezione batterica comporta benefici sia sul breve che sul lungo termine, con una drastica riduzione delle recidive, e ciò appare evidente anche nei casi di complicanza emorragica. Al trattamento eradicante devono essere sottoposti sia i pazienti con ulcera in atto, sia coloro con storia pregressa, indipendentemente dal tipo di lesione (gastrica o duodenale).

Helicobacter pylori - *Fattori di virulenza.*



Helictobacter pylori - *Patologie gastroduodenali.*

Il dott. Pellicano in laboratorio.

Cronaca di Torino 57
il caso
In laboratorio
Una conquista tutta torinese
Il medico ricercatore
"Con il farmaco anti-Tbc abbiamo sconfitto il batterio della gastrite"
La scoperta alle Molinette: lo useremo solo nei casi più gravi

Tratto da La Stampa *del 17.09.2010.*

Anche la gastrite atrofica, in considerazione della stretta associazione col microbo e del potenziale rischio evolutivo, rappresenta un'indicazione alla terapia eradicante. L'essere stati sottoposti a resezione parziale per carcinoma dello stomaco, è considerata una indicazione assoluta all'eradicazione. Il linfoma gastrico a basso grado di malignità rappresenta attualmente un'altra indicazione al trattamento antibatterico. La dispepsia, sembra beneficiare della terapia contro l'*H.pylori* solo in particolari sottogruppi di pazienti, che nella pratica clinica possono essere identificati in coloro che soffrono di sintomatologia simil-ulcerosa. Nei pazienti in terapia a lungo termine con farmaci anti-infiammatori non steroidei è opportuno valutare l'utilità di trattare l'infezione da *H.pylori* da caso a caso, anche se non vi è univoca opinione sui possibili benefici di tale strategia.

Alitosi e *H.pylori*

La possibile associazione tra alitosi ed infezione da *H.pylori* risale al 1992, quando Tiomny et al. riportarono che su 3 coppie, in ognuna delle quali vi era uno o entrambi i partner infettati, l'eradicazione del batterio determinava un netto miglioramento del disturbo.

→ DT pagina 15

← DT pagina 14

Studi successivi hanno dimostrato che l'*H.pylori* è in grado di sopravvivere non solo nelle muscose delle cavità gastriche ma anche nel cavo orale (Karczewska et al.), in particolare nella placca dentaria e nelle tasche gengivali. Ciò permette di ipotizzare da una parte un suo ruolo nell'alitosi e dall'altra la sua persistenza nella bocca come fonte di reinfezione gastrica in pazienti con infezione eradicata (Anand et al.). Per approfondire il ruolo dell'*H. pylori*, sono stati condotti anche studi di intervento. Uno studio turco, su 148 pazienti dispeptici, ha dimostrato che l'eradicazione batterica determina un netto miglioramento dell'alitosi. Sulla base di tale evidenza, gli autori propongono che l'alitosi venga inclusa tra le indicazioni al trattamento dell'infezione (Serin et al). Risultati altrettanto benefici sono stati riportati in Grecia (Katsinelos et al.). Nel corso di uno studio giapponese, per la prima volta, l'infezione da *H.pylori* è stata identificata nella bocca di persone prive di patologie gastriche e, invece, colpite da parodontopatia e alitosi.

L'infezione è stata dimostrata nella saliva del 6,4% dei pazienti, con maggiore frequenza (15,7%) fra coloro che soffrivano di malattia periodontale (o gengivite). Inoltre, fra gli infettati, sono state trovare tracce di sangue nella saliva e altri batteri periodontali facendo desumere che un'infiammazione progressiva della bocca possa favorire la colonizzazione di questi batteri. La conclusione degli autori è stata che la presenza di *H.pylori*, di per sé, non provoca direttamente l'alitosi, ma è associata alla malattia periodontale che, invece, ne è spesso la causa, dato che i batteri che l'accompagnano producono composti volatili dall'odore sgradevole (Suzuki et al.). Un gruppo di autori coreani, in un fine studio patogenetico, ha dimostrato che l'infezione da *H.pylori* può indurre la produzione di composti volatili, a base di zolfo, che creano un ambiente orale maleodorante (Lee et al). In precedenza uno studio italiano aveva dimostrato che la stessa eradicazione del microrganismo provoca una riduzione dei livelli di solfati orali (Ierardi et al). In conclusione, le attuali evidenza della letteratura incoraggiano la ricerca per documentare la correlazione tra infezione da *H.pylori* e alitosi.

Presso gli ambulatori della Struttura Complessa di Gastroenterologia ed Epatologia (direttore Prof. M. Rizzetto) dell'Ospedale Molinette di Torino, il dr. Rinaldo Pellicano ha intrapreso uno studio che ha l'obiettivo di approfondire il ruolo dell'*H.pylori* nell'alitosi. La prima fase consiste nell'analisi retrospettiva della prevalenza di infezione tra i pazienti inviati ad effettuare il test del respiro con urea marcata per alitosi, in una seconda fase si valuterà il beneficio dell'eradicazione sullo stesso disturbo.

Bibliografia

1. Adler et al. Helicobacter pylori associated with glossitis and halitosis. Helicobacter 2005;10:312-7.
2. Al-Hawajri et al. Helicobacter pylori DNA in dental plaques, gastroscopy, and dental devices. Dig Dis Sci 2004;7/8:1091-4.
3. Anand et al. Are dental plaque, poor oral hygiene and periodonatl disease associated with Helicobacter pylori infection ? J Periodontol 2006;77:692-8.
4. Hoshi et al. Gastrointestinal diseases and halitosis: association of gastric Helicobacter pylori infection. Int Dent J 2002;52 Suppl 3:207-11.
5. Ierardi et al. Halitosis and Helicobacter pylori. A possible relationship. Dig Dis Sci 1998;12:2733-7.
6. Karczewska et al. Oral cavity as a potential source of gastric reinfection by Helicobacter pylori. Dig Dis Sci 2002;5:978-86.
7. Katsinelos et al. Eradication therapy in Helicobacter pylori-positive patients with halitosis: long-term outcome. Med Princ Pract 2007;16:119-23.
8. Lee et al. Volatile sulfur compounds produced by Helicobacter pylori. J Clin Gastroenterol 2006;40:421-6.
9. Serin et al. Halitosis in patients with Helicobacter pylori-positive non-ulcer dyspepsia: an indication for eradication therapy? Eur J Internal Med 2003;14:45-8.
10. Suzuki et al. Detection of Helicobacter pylori DNA in the saliva of patients complaining of halitosis. J Med Microbiol 2008;57:1553-9.
11. Tiomny et al. Halitosis and Helicobacter pylori. A possible link? J Clin Gastroenterol. 1992;15:236-7.
12. Van den Broek et al. A review on the current literature on aetiology and measurement of halitosis. J Dentistry 2007;35:627-35.

E se Lei potesse lavorare nella massima sicurezza, eliminando tutti i rischi, con il minimo investimento?

COMODA
Perchè raggiunge comodamente le zone meno accessibili del cavo orale.

SICURA
perchè utilizza come raffreddamento solo un getto d'acqua ed evita pericolosi soffi d'aria nel sito chirurgico.

ECONOMICA
il prezzo di gran lunga più basso sul mercato solo € 247.

MUSTANG45®

CARATTERISTICHE TECNICHE
pressione d'uso: 0.25MPa-0.3MPa
velocità: 260.000 RPM forza di torsione;
350.000 RPM con testa libera;
forza serraggio: 20-54N
peso netto: 88g
velocità di generatore: 25.000 30.000 RPM
rumore: <70db

Mustang 45 è la turbina chirurgica a 45° di Odontoiatrica ideata per la chirurgia orale.

ODONTOIATRICA® Hi quality and low prices for your dental products
Numero Verde 800-032889
Made in Italy

Desidero avere maggiori informazioni
(da spedire in busta affrancata a: Odontoiatrica Innovations S.a.s., via Torino, 134 B - Givoletto - 10040 - TO)

nome dott.....cognome.....
indirizzo.....n°.....
cap.....città.....provincia.....
telefono.....cellulare.....fax.....
e-mail.....
Specializzazione:

☐ Conservativa ☐ Ortodonzia ☐ Gnatologia
☐ Protesi ☐ Chirurgia ☐ Chir.maxillo-facciale

firma .....

MUSTANG45®
Numero Verde 800-032889
www.mustang45.it

Anno VII n. 6 - Giugno 2011 Italian Edition

I nuovi sistemi implantari per rendere più agevoli le procedure chirurgiche.

Piezon Master Surgery di EMS offre tre nuovi sistemi di strumenti

Fin da quando è stata lanciata, la linea Piezon Master Surgery – basata sulla tecnologia Piezon – ha sempre avuto un track record notevole in molti studi odontoiatrici.

Oggi EMS amplia il campo di applicazione clinica della gamma di prodotti Piezon Master Surgery. Con una maggiore offerta di prodotti – e con strumenti speciali come Sinus System (Sistema di rialzo di seno) e Implant System (Sistema implantare) – i dentisti usufruiranno di tecnologie grazie alle quali potranno operare in maniera ancora più efficiente.

Con Piezon Master Surgery sono disponibili oggi dei nuovi strumenti per applicazioni specifiche: 4 strumenti parodontali concepiti specificamente per la chirurgia parodontale resettiva e rigenerativa; 5 strumenti chirurgici avanzati per un rialzo del seno delicato e uniforme; 6 strumenti esclusivi completamente diamantati per interventi implantologici, con doppio sistema di raffreddamento ed eliminazione ottimale dei detriti.

Si tratta di strumenti particolarmente adatti a quattro tipi di applicazioni cliniche:

- preparazione del sito implantare dopo l'estrazione;
- preparazione del sito implantare dopo l'osteotomia della cresta alveolare;
- preparazione del sito implantare nelle aree posteriori;
- preparazione del sito implantare in zone compromesse come quelle con cresta alveolare sottile.

In teoria, gli strumenti possono essere utilizzati a basse temperature operative, non superiori ai 33 gradi centigradi e garantiscono una perforazione precisa ed efficace dell'area mascellare. L'intero metodo Piezon Master Surgery si basa sulla tecnologia piezoceramica a ultrasuoni, che produce vibrazioni ad alta frequenza perfettamente lineari (avanti e indietro). Questo tipo di vibrazione aumenta il livello di precisione e di sicurezza delle applicazioni chirurgiche, dichiara la EMS. Gli strumenti a ultrasuoni vengono utilizzati esclusivamente per il taglio selettivo dei tessuti duri. Il dispositivo garantisce risultati affidabili negli interventi di chirurgia parodontale e orale e in quelli di implantologia, anche grazie al pannello di comando touch, ergonomico e facile da usare.

Piezon Master Surgery: per chirurgia dentale e del cavo orale.

Per informazioni:
EMS Electro Medical Systems S.A.
Chemin de la Vuarpillière 31
CH-1260 Nyon
Tel.: +41.22.99.44.700
Fax: +41.22.99.44.701
E-mail: welcome@ems-ch.com
www.ems-dent.com

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

SAVE CELLS

NUOVE PUNTE EMS PER CHIRURGIA - PRESERVA IL TESSUTO CON LE ULTIME INNOVAZIONI NELL'IMPLANTOLOGIA

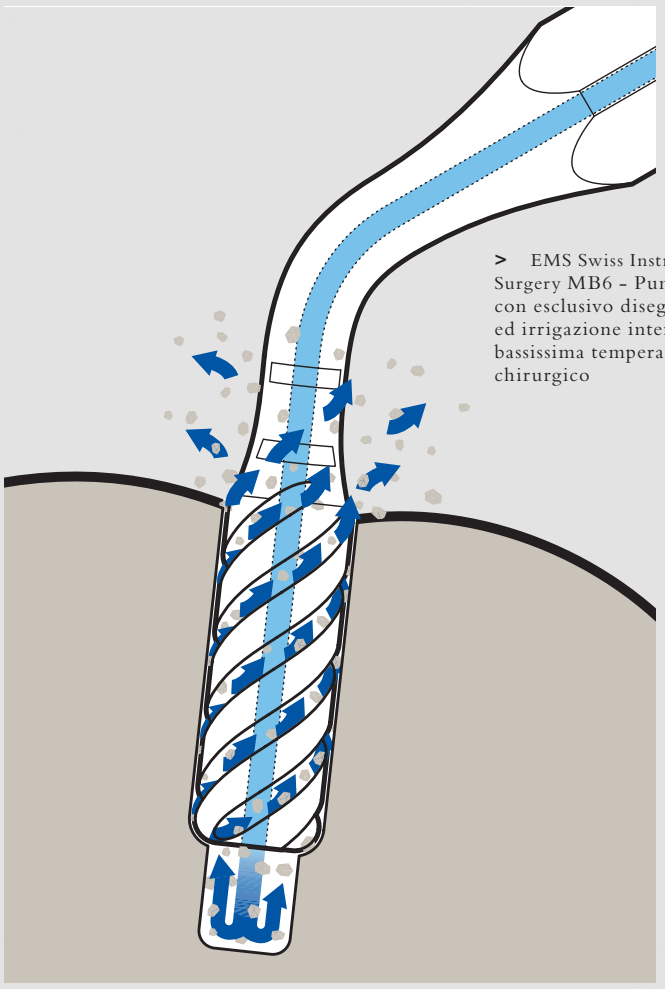
L'inventore del metodo originale Piezon ha vinto un'altra battaglia contro la distruzione di tessuto durante il posizionamento degli impianti. La parola magica è doppio raffreddamento – raffreddamento della punta sia internamente che esternamente, unito alla simultanea asportazione dei detriti ossei e ad una efficiente preparazione chirurgica mascellare.

IL RAFFREDDAMENTO GUARISCE
L'esclusivo disegno a spirale e l'irrigazione interna, prevengono l'incremento della temperatura della punta durante la fase chirurgica. Queste caratteristiche si combinano in modo efficace per consentire un' eccellente rigenerazione del tessuto osseo.

EMS Swiss Instruments Surgery MB4,MB5 e MB6, cilindrici e diamantati, ideali per la preparazione e la finalizzazione del sito implantare. Il disegno a spirale, combinato con l'innovativo doppio sistema di raffreddamento rendono questi strumenti unici nella chirurgia implantare.

IL CONTROLLO SALVA
Il controllo preciso della punta favorisce la preparazione implantare atraumatica e riduce al minimo ogni potenziale danneggiamento del tessuto osseo.

LA PRECISIONE RASSICURA
Il taglio selettivo riduce al minimo il rischio di danneggiamento dei tessuti molli (membrane, nervi, vasi sanguigni, ecc.). L'ottima visuale del sito chirurgico e il ridotto sanguinamento dovuto alla cavitazione (effetto emostatico), migliorano ulteriormente l'efficacia.



> EMS Swiss Instrument Surgery MB6 - Punta operativa con esclusivo disegno a spirale ed irrigazione interna per una bassissima temperatura del sito chirurgico

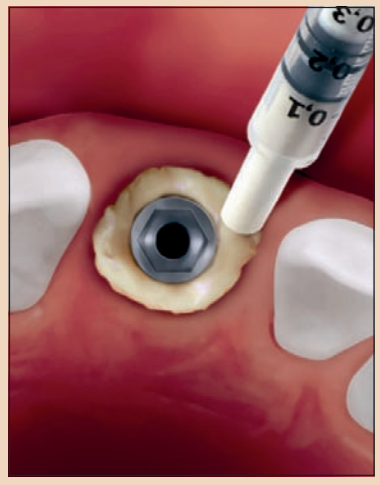
I nuovi EMS Swiss Instruments Surgery rappresentano un' ineguagliabile precisione ed innovazione svizzera a beneficio dei dentisti e dei loro pazienti – la vera filosofia abbracciata da EMS.

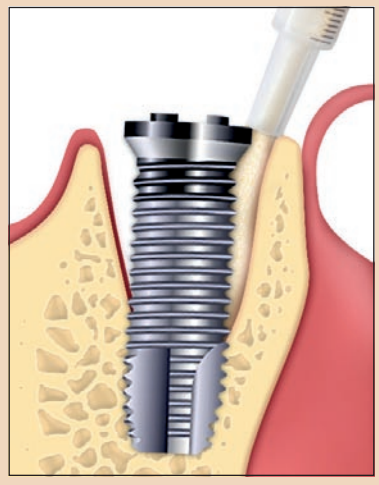
Per ulteriori informazioni > www.ems-swissquality.com

"I FEEL GOOD"

OsteoBiol® Putty

Finalmente un biomateriale in siringa con consistenza plastica ideale per i difetti peri-implantari





Tecnoss, azienda leader italiana nella produzione di biomateriali ad uso odontoiatrico, ha appena lanciato il nuovo OsteoBiol® Putty confezionato in siringa e pronto all'uso.

Putty è una pasta di osso eterologo suino composta per almeno l'80% da micro-granuli cortico-spongiosi miscelati con gel collagene.

Viene prodotto mediante un processo esclusivo che gli conferisce una eccezionale plasticità e malleabilità: queste caratteristiche, unitamente alla nuova siringa, ne garantiscono una facile applicazione in cavità e in difetti peri-implantari dotati di pareti contenitive.

Grazie al contenuto di collagene, Putty agevola la formazione del coagulo ematico e la successiva invasione delle cellule riparatrici e rigenerative del tessuto osseo.

Inoltre il particolare trattamento del tessuto osseo eterologo di origine, evitando il processo di ceramizzazione dei granuli, permette un riassorbimento progressivo del biomateriale e in parallelo una abbondante neo-formazione ossea. Infine il Putty OsteoBiol® grazie alla sua particolare consistenza "morbida" e alla granulometria ≤ 300 µm non irrita i tessuti molli, facilitandone la guarigione.

Grazie a queste particolari caratteristiche, il Putty è particolarmente indicato per la rigenerazione di difetti peri-implantari in seguito all'inserimento immediato di impianti post-estrattivi in quanto può essere iniettato tra la parete ossea e l'impianto, adattandosi perfettamente alla volumetria da riempire.

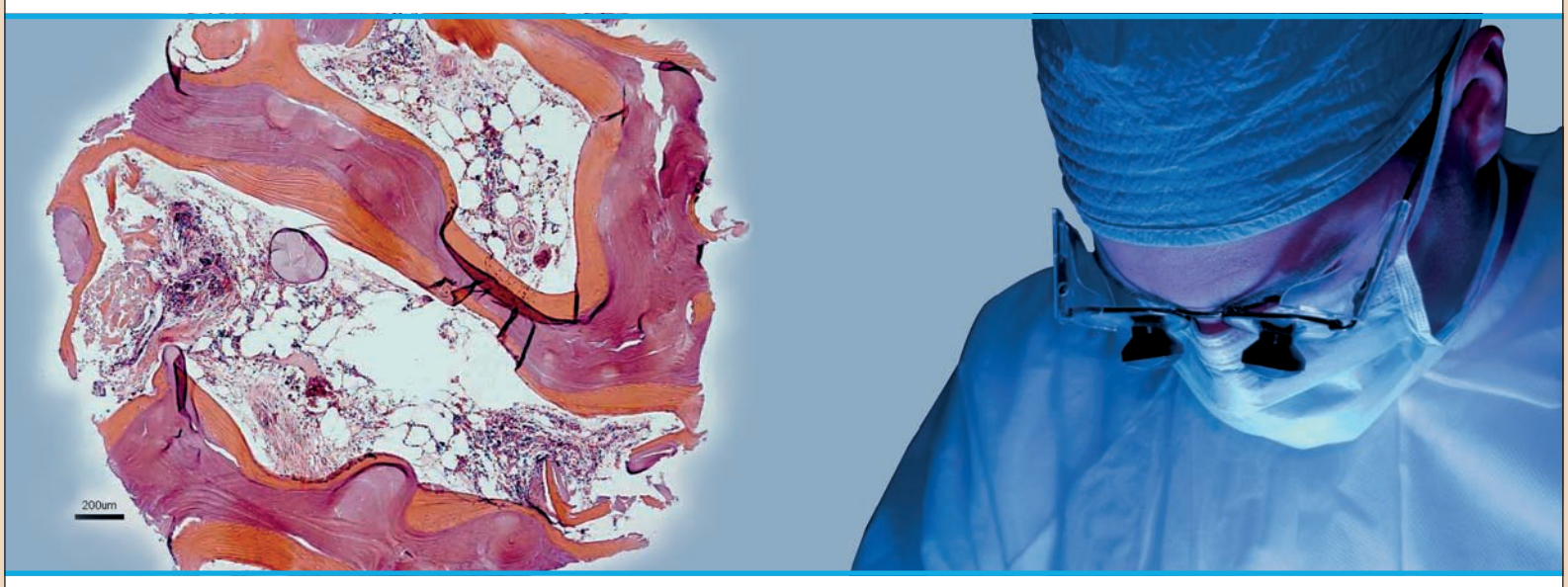
Questo biomateriale si dimostra altrettanto versatile nella rigenerazione di tessuto osseo perso in seguito a peri-implantite, purché siano ancora presenti pareti ossee contenitive.

La condizione necessaria per ottenere un innesto ad esito favorevole è infatti la completa stabilità del biomateriale: per questo motivo OsteoBiol® Putty deve essere utilizzato solo in cavità in grado di contenerlo in modo stabile, come ad esempio alveoli post-estrattivi e all'interno della cresta alveolare durante le procedure di split-crest.

Per informazioni:
ROEN s.a.s.
Via Torino, 23
10044 - Pianezza (TO)
Tel.: 011.9682823
Fax: 011.9787087
info@roen.it
www.roen.it
www.osteobiol.com

Bone, Biomaterials & Beyond
Guided Bone Regeneration Symposium

BBB 1° 2011



La risposta del tessuto osseo ai biomateriali collagenati "dual-phase": aspetti biologici, tecniche chirurgiche ed evidenza clinica

Simposio Nazionale
Roma Hotel Crowne Plaza
Sabato 22 Ottobre 2011

In attesa di accreditamento ECM - Provider ECM Medical Service n° ID. 176

Relatori

Antonio **BARONE** | Ugo **COVANI** | Ferdinando **D'AVENIA** | Marco **ESPOSITO** | Pietro **FELICE** | Paolo **MARTEGANI** | Ulf **NANNMARK** Luca **PAGLIANI** | Maurizio **PIATTELLI** | Roberto **PISTILLI** | Walter **RAO** | Antonio **SCARANO** | Lars **SENNERBY** | Stefano **VOLPE**

Segreteria organizzativa
TUEOR SERVIZI s.r.l.
Tel. 011 0463350 - Fax 011 0463304
E-mail: congressi@tueorservizi.it

ROEN dental products
OsteoBiol® by Tecnoss

Il mondo del dentale si sposta dall'analogico al digitale: la storia del successo di 3Shape continua

In occasione di Scandefa, grande fiera del dentale in Scandinavia, DTI ha recentemente visitato la sede di 3Shape, nel cuore di Copenhagen, per conoscere i nuovi prodotti dell'azienda e le sue strategie future. L'edificio storico accanto alla piazza Kongens Nytorv e al Royal Danish Theatre è caratterizzato da uffici ariosi e luminosi, con un ambiente perfetto per un'organizzazione giovane, appassionata e ambiziosa, guidata dalla ricerca per lo sviluppo delle migliori soluzioni tecnologiche nella scansione 3D e nel CAD/CAM. Spesso chiamata "Google del settore dentale",

Da destra: Nikolaj Deichmann (CFO), Tais Clausen (CTO) e uno degli sviluppatori in-house presso 3Shape.

3Shape è stata lanciata 11 anni fa in un appartamento di una sola stanza da due giovani ambiziosi laureati presso l'Università Tecnica di Danimarca e la Copenhagen Business School: Tais Clausen e Nikolaj Deichmann. A quel tempo Tais stava finendo la sua tesi di laurea su una innovativa tecnologia di scansione 3D e Nikolaj stava ultimando il Master in Economia e Finanza. Conosciutisi grazie ad amici comuni hanno unito le forze per partecipare al prestigioso concorso Venture Cup business plan, organizzato da McKinsey, in cui sono arrivati secondi. Per tutta la gara sono stati costantemente a discutere su come la tecnologia poteva essere commercializzata, lanciando così l'idea di creare 3Shape. Inizialmente si avvicinarono alle aziende del settore acustico con l'idea di sviluppare un sistema di controllo qualità per auricolari e apparecchi acustici. Come per un restauro dentale, i dispositivi devono essere progettati su misura per il canale uditivo del paziente, e tradizionalmente viene presa un'impronta dell'orecchio, che poi viene manualmente scolpita, tagliata e utilizzata per costruire uno stampo (dispendio di tempo, procedura manuale).

"Quando abbiamo avuto questi primi incontri, ci siamo resi conto che avremmo potuto effettivamente creare un sistema di produzione di personalizzazione di massa. Quindi, invece di controllare la qualità, abbiamo deciso di andare diretti a modificare completamente il flusso di lavoro, passando da un processo manuale, in cui si passano molte ore a plasmare gli apparecchi acustici, a un flusso di lavoro totalmente digitale", dice Deichmann.

3Shape ha digitalizzato l'intero processo produttivo attraverso l'introduzione di uno scanner 3D per l'impronta dell'orecchio, un software di gestione, un software CAD necessario per simulare la posizione di tutti i componenti elettronici che devono adattarsi, con la conchiglia auricolare, all'orecchio del paziente in uno spazio minimo, e di un software CAM per il controllo degli impianti di fabbricazione. Ha sviluppato il sistema per uno specifico produttore di apparecchi acustici, ma ha mantenuto tutti i diritti per la vendita della tecnologia a terzi. C'erano solo 6 compagnie che controllavano circa il 90% del mercato globale acustico, ed entro un periodo di 3 anni sono tutti passati da una attività prettamente manuale ad una produzione completamente digitale. Oggi circa il 90% di tutti i dispositivi acustici sono prodotti utilizzando la tecnologia 3Shape. Tais e Nikolaj sono sempre stati consapevoli delle enormi potenzialità della tecnologia di scansione 3D, e così, ben presto, hanno valutato altri settori, come il laboratorio odontotecnico, ove i processi di fabbricazione sono simili a quelli dell'industria degli apparecchi acustici. Nel 2004 3Shape ha cominciato a ricevere una quantità crescente di richieste da aziende dentali che si sono dimostrate interessate alla tecnologia.

"Abbiamo subito deciso che se avessimo voluto replicare il nostro successo ottenuto nel settore acustico, avremmo avuto bisogno di studiare una soluzione completa per avere un sistema molto user-friendly che il laboratorio odontotecnico avrebbe adottato. Così abbiamo girato parecchi laboratori, piccoli e grandi, e abbiamo cercato di capire come avremmo potuto ottimizzare i processi, invece di trovare un modo migliore per fare cappette in zirconia. Fin dall'inizio la nostra visione è stata quello di ottenere un passaggio completo dall'analogico al digitale", ha spiegato Deichmann. 3Shape ha introdotto il suo primo scanner dentale in 3D e il software CAD/CAM per la progettazione del restauro virtuale all'IDS Colonia del 2005, e il sistema ha ottenuto un successo strabiliante. Negli anni successivi l'azienda ha esteso e migliorato la propria gamma di prodotti dentali per laboratorio, ascoltando continuamente e coinvolgendo i propri clienti fin dalle prime fasi del processo di sviluppo del prodotto.

"Forse la lezione più importante che abbiamo imparato è che un'innovazione di successo è tale solo se si evolve e va in direzioni che realmente possano apportare benefici ai professionisti nel loro lavoro quotidiano", ha sottolineato Tais Clausen, CTO e punta di diamante del team di sviluppo 3Shape. Oggi la tecnologia CAD/CAM ha conquistato i laboratori e le cliniche, garantendo alta redditività, mantenendo alto il livello di qualità attraverso un trattamento standardizzato e controllato e i processi produttivi che vanno anche a beneficio del paziente. In Germania, tradizionalmente uno dei primi Paesi utilizzatori delle nuove tecnologie, al giorno d'oggi circa l'82% di tutti i restauri in ceramica sono già prodotti mediante tecnologia CAD/CAM.

"La questione, oggi, non è più se il CAD/CAM durerà nel settore, ma piuttosto quando tutti i professionisti del settore saranno in grado di sfruttarlo", ha detto Clausen. Dopo aver conquistato il settore odontotecnico, 3Shape ha fatto leva anche su tecnologie collaudate, anche per le cliniche dentali. "Abbiamo fatto un'analisi di tutti i sistemi di scansione presenti sul mercato e definito quello che ci piace e cosa non ci piace. Abbiamo voluto progettare un sistema che ha incorporato tutti i vantaggi, eliminando di contrappunto tutti gli inconvenienti dei sistemi esistenti. Abbiamo puntato su una soluzione più veloce, più facile, più precisa e più affidabile", ha dichiarato Deichmann. Alla giornata di apertura del Salone Internazionale IDS 2011 a Colonia, 3Shape ha lanciato la sua ultima creazione, lo scanner intraorale 3Shape TRIOS™, che mira a rivoluzionare il lavoro nello studio dentistico. Lo stand è stato letteralmente invaso dai dentisti che volevano provare lo scanner TRIOS, dotato di un design semplice ed elegante, come raramente si era visto prima di allora tra le attrezzature cliniche odontoiatriche.

Una delle caratteristiche principali dello scanner 3D TRIOS è che non richiede ai dentisti di applicare spray o polveri per ricoprire i denti del paziente, rende la lettura un processo facile, veloce e "patient-comfortable", che non rovina la scansione di precisione con l'aggiunta di materiali sulla superficie dei denti. Inoltre, è possibile rilevare tutti i materiali, come i metalli, i materiali semi-trasparenti e la pelle. Si richiede solo un minimo periodo di formazione per l'utilizzo nella pratica clinica dal primo giorno. Lo scanner cattura più di 3000 immagini 2D al secondo, ed è 100 volte più veloce di una videocamera tradizionale. I dentisti che hanno assistito alle presentazioni di IDS hanno dichiarato che "l'impression-free" dello studio dentistico sembra essere proprio dietro l'angolo.

Un'interfaccia di comunicazione aperta, permette al dentista di inviare i dati di scansione da Internet direttamente al laboratorio di loro scelta, dove il tecnico può iniziare immediatamente a progettare le soluzioni di restauro, utilizzando il software 3Shape DentalSystem o l'apposita interfaccia del software verso terzi. Il software di comunicazione TRIOS include anche un tool per poter mostrore le soluzioni del tecnico al paziente, per esempio su un iPad, mentre il paziente è ancora sulla poltrona, cosa particolarmente importante per il trattamento di casi anteriori. Il sistema è progettato per fornire ai dentisti migliori restauri di qualità e trattare con più pazienti, piuttosto che spendere tempo e denaro per una fresatura sulla poltrona. Gestisce una vasta gamma di indicazioni e produce dati 3D di qualità che possono essere facilmente realizzati da qualsiasi laboratorio.

La sede di 3Shape a Copenhagen.

In generale, i dati digitali sono controllabili, prevedibili e disponibili in qualsiasi momento, richiedendo solo uno spazio minimo. Ciò garantisce che il proprio dentista possa utilizzare i dati del paziente senza limitazioni e potenzialmente sia in grado di esportare le configurazioni virtuali su altri sistemi, come per la produzione dell'apparecchio.

Sorprendentemente, 3Shape è l'unica grande società del dentale che procede su una base non esclusiva. Tutti i prodotti sono progettati come soluzioni plug-and-play e dispongono di interfacce aperte per il collegamento ad applicazioni di terze parti.

La 3Shape è stata riconosciuta per tre volte come Ernst & Young Entrepreneur of the Year nella categoria "Innovazione" in Danimarca. Questo prestigioso premio riconosce l'innovazione, la leadership, e lo dell'arte dei prodotti, la rete internazionale e la chiara strategia di mercato per perseguire una crescita continua. Oggi il team 3Shape conta più di 100 sviluppatori di 22 nazionalità diverse, con almeno 30 dottorati di ricerca tra loro. Tutti i prodotti e le soluzioni nascono dal connubio di tecnologie all'avanguardia con le ultime tendenze del settore e dei mercati. I product manager e gli sviluppatori 3Shape hanno incontri regolari con i partner di distribuzione in tutto il mondo per mantenere ciascun prodotto in una posizione di "top-of-the-class". Durante l'intero ciclo di vita, i prodotti sono sviluppati in stretta collaborazione con partner in grado di comprendere e raccogliere le esigenze dei loro clienti e del mercato.

Anche con 10 anni di storia alle spalle, 3Shape non smette mai di guardare avanti. La società ritiene che l'epoca dell'odontoiatria digitale stia per esplodere totalmente, anche se ci sarà sempre qualche piccolo studio odontoiatrico che preferirà, in ogni caso, i metodi tradizionali.

Bernhard Moldenhauer, Matthias Diessner, *DTI*

Informazioni su 3Shape

3Shape è un'azienda danese specializzata nello sviluppo e nella commercializzazione di scanner 3D e soluzioni software CAD/CAM progettati per creare, elaborare, analizzare e gestire dati 3D di alta qualità per applicazioni utilizzate in processi produttivi complessi.

Preconizzando l'era del "laboratorio odontotecnico digitale completo", 3Shape, con i sui oltre 85 sviluppatori, intende perseguire questo obiettivo mediante un potere di innovazione superiore. Mentre le soluzioni flessibili offerte da 3Shape assistono gli odontotecnici mediante l'automazione di flussi di lavoro reali, i sistemi 3Shape vengono applicati in migliaia di laboratori in oltre 60 Paesi, raggiungendo la prima posizione di mercato per unità prodotte dagli odontotecnici su base giornaliera.

3Shape è un'azienda privata, con sede centrale a Copenhagen, dotata del più grande team dedicato allo sviluppo di scanner e software del settore dentale in Danimarca e Ucraina, stabilimenti produttivi in Polonia, nonché uffici di vendita e assistenza in New Jersey, negli Usa, e a Shanghai, in Cina. Per maggiori informazioni su 3shape, visitare **www.3Shapedental.com**.

DENTAL TRIBUNE

Italian Edition

Vitaldent Foundation: il valore di un sorriso

Anche in italia le attività della fondazione

Vitaldent Foundation ha annunciato l'inizio della propria attività in Italia. Nata in Spagna nel 1999 come ente senza scopo di lucro per promuovere l'accesso alla salute dentale, "parte" da Genova con la collaborazione di associazioni come CEPIM, Centro Italiano Down Onlus, ANFFAS, Associazione Nazionale Famiglie di Disabili Intellettivi e Relazionali e AISM, Associazione Italiana Sclerosi Multipla. Questa condivisione di valori prevede la realizzazione di una struttura dedicata in cui i pazienti potranno trovare cure personalizzate e agende flessibili, medici e personale preparati per un'assistenza adeguata a persone diversamente abili, tecniche di sedazione cosciente ove necessario, per permettere ai pazienti di affrontare con serenità gli interventi, accessibilità alla struttura senza barriere architettonica con il 50% dei costi del trattamento a carico di Vitaldent Foundation. La Fondazione continua ad allargare i suoi orizzonti con la volontà di raggiungere con il suo intervento coloro che più ne hanno bisogno: i bambini, sponsorizzando campagne di prevenzione negli istituti scolastici. Vitaldent Foundation sostiene anche coloro che dedicano sforzi ed energie al progresso della scienza. Allo scopo è stato istituito 7 anni fa il Premio alla Ricerca in Odontostomatologia, per promuovere i migliori studi scientifici realizzati in Italia, Spagna e Portogallo. Quest'anno l'evento, per la consegna del VII premio che ha raggiunto sempre maggior prestigio istituzionale, avrà luogo proprio in Italia. Tra le attività svolte a supporto delle persone disagiate va menzionato anche il Viaggio per l'Emozione di un Sorriso, alla quarta edizione. Sostegno umanitario, formazione sanitaria e assistenza odontoiatrica di base sono i tre pilastri fondamentali di questo "Viaggio di Solidarietà", che ha raggiunto e aiutato 40.000 sorrisi in Marocco e Senegal e che conta sull'appoggio di istituzioni importanti quali la Fondazione Real Madrid o l'Agenzia Spagnola per la Cooperazione Internazionale e lo Sviluppo (AECID). "Siamo orgogliosi dell'attività e dello sforzo che compie ogni giorno la Vitaldent Foundation per raccogliere nuovi sorrisi – commenta Ernesto Colman Mena, Presidente di Vitaldent –. Continuiamo a lavorare per i i sorrisi ricevuti e ancor più per tutti quelli che vogliamo ancora accendere".

Per informazioni:

Meridian Communications Srl
Via Cuneo, 3 – 20149 Milano
Tel.: +39.02.48519553

Cristian Ferriello, Portavoce Vitaldent Foundation.

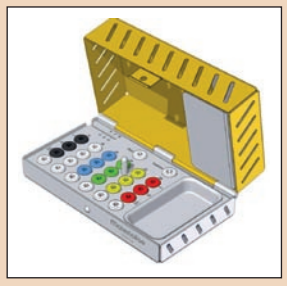
Vitaldent, una realtà europea in espansione

Il primo centro nasce nel 1991 a Madrid per offrire a tutti una nuova forma di "andare dal dentista". Vent'anni dopo è un network odontoiatrici con quasi 500 centri tra Spagna, Italia e Portogallo, più di 5 milioni di pazienti e 7500 professionisti del sorriso. In Italia sono presenti più di 55 centri nei principali capoluoghi, ma un forte piano di espansione prevede una rapida capillarizzazione su tutto il territorio nazionale.

EDIZIONE INTERNAZIONALE
VII PREMIO
ALLA RICERCA IN
ODONTOSTOMATOLOGIA
40.000 € : MIGLIOR LAVORO DI RICERCA DI BASE
35.000 € : MIGLIOR LAVORO DI RICERCA CLINICA
10.000 € : MIGLIOR REVISIONE BIBLIOGRAFICA SISTEMATICA
Diamo valore alla ricerca
VITALDENT
FOUNDATION*
L'obiettivo primario del VII Premio è la promozione di lavori di ricerca che rappresentino un'evoluzione per lo sviluppo della professione odontoiatrica.
Per info e regolamento è possibile scaricare il materiale da www.vitaldent.com o richiedere informazioni all'indirizzo fondazione@vitaldent.com.
Il termine ultimo per la ricezione dei lavori è il 31/08/2011.
* Titolarità di Fundación Vital Dent, con sede operativa e legale a Las Rozas de Madrid, 28230, Madrid, c / Valle de Alcudia 1, costituita in data 9/3/1999.
Iscritta in Spagna al Registro de Fundaciones Asistenciales de la Subdirección General de Fundaciones y Entidades Tuteladas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, numero registro 28/1137.

Materialise Dental lancia il sistema di frese LongStop per sistemi Universal e Pilot SurgiGuide

Sistema di frese LongStop



Il sistema di frese LongStop appena lanciato mira a soddisfare le esigenze dei medici che desiderano utilizzare la chirurgia computer guidata con impianti che non prevedono un sistema di controllo di profondità di fresaggio.

In combinazione con la pianificazione del trattamento SimPlant®, è ora possibile posizionare impianti di diverse case implantari con guida nel fresaggio e controllo della profondità di fresaggio, il tutto con un investimento minimo.

Il sistema di frese LongStop, utilizzato in combinazione con Pilot SurgiGuide® o con Universal SurgiGuide®, è in grado di coprire lunghezze di fresaggio adatte a qualsiasi quadro clinico e di garantire una osteotomia accurata con controllo della profondità per qualsiasi impianto.

In combinazione con il sistema Universal SurgiGuide, le frese LongStop garantiscono un controllo della profondità per 3 diametri e 6 lunghezze. Grazie ad un set dedicato di riduttori Universal SurgiGuide®, utilizzato come guida nel fresaggio, l'intervento chirurgico può essere eseguito con la stessa SurgiGuide cambiando semplicemente fresa e riduttore.

Un sistema Pilot SurgiGuide per frese LongStop garantisce un controllo della profondità per il primo diametro di fresaggio (tutte le lunghezze). Il sistema Pilot SurgiGuide è disponibile in un'ampia gamma di diametri di fresaggio pilota ed è stato concepito per garantire accesso e guida di fresaggio ottimali nei casi più complessi anche dove le dimensioni siano più ridotte. Si tratta di una soluzione di accesso che offre ai medici una guida ottimale durante le fasi iniziali di fresaggio spesso molto complesse.

Aperture laterali sul tubo

Ritenete che la chirurgia guidata sia particolarmente complessa nei casi in cui lo spazio interocclusale è limitato?Unitamente al lancio delle frese LongStop, è ora possibile ordinare guide di fresaggio Universal SurgiGuide con aperture laterali sul tubo guida. Queste aperture laterali consentono l'accesso delle frese dal lato buccale o linguale, il che consente di guadagnare una quantità significativa di spazio interocclusale.

Ogni impianto richiede un approccio personalizzato. Ecco perché Materialise Dental non offre solo diversi tipi di supporti SurgiGuide® (guide di fresaggio SurgiGuide® a livello osseo, della mucosa e del dente), ma anche una varietà di soluzioni SurgiGuide® (SAFE, Universal e Pilot SurgiGuide®). Sono disponibili, inoltre, speciali tipi di supporti SurgiGuide® come le guide di riduzione ossea.Indipendentemente dal tipo di supporto e di soluzione SurgiGuide® scelto, esiste sempre una soluzione per ogni situazione e la perfezione estetica potrà essere raggiunta in tempi considerevolmente più brevi e con maggiore efficienza sul piano dei costi.

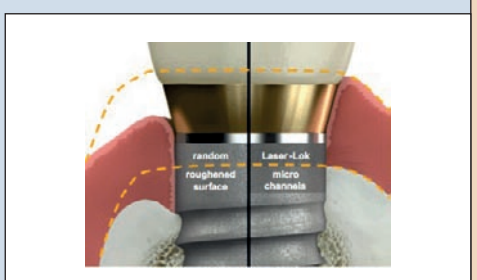
Per informazioni: www.materialise.com

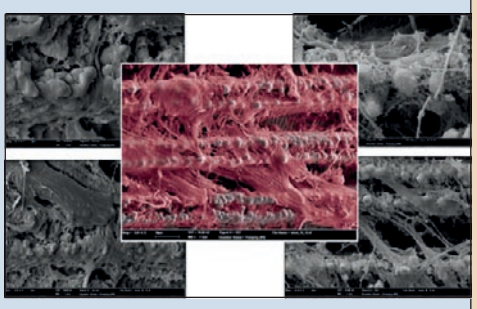
Efficacia del trattamento Laser-Lok®

Il Laser-Lok® prevede un colletto di 0,3 mm macchinato, un colletto di 0,7 mm avente una rugosità costante di 8x6 microns per favorire l'attacco del connettivo e il mantenimento di una barriera connettivale, e infine un colletto di 0,8 mm con rugosità di 12x12 microns, tali da guidare l'attacco dell'osso corticale. Questo tipo di trattamento permette di guidare la crescita dei tessuti molli e di quelli duri favorendo tra l'altro una migliore gestione degli stress da carico. Inoltre, il mantenimento di un attacco stabile e radiale del connettivo consente un mantenimento estetico dell'impianto nel tempo. L'efficacia del trattamento Laser-Lok® è dimostrata e supportata da più di 15 anni di studi e ricerche in vivo, intrapresi nelle maggiori Università. Questo trattamento di superficie brevettato si è mostrato unico per la proprietà di adesione del tessuto connettivo inibendo contestualmente il downgrowth* connettivale e preservando il livello osseo coronale.

Il trattamento di superficie Laser-Lok® è disponibile al momento su Tapered Internal, Single-stage, Internal Implants Laser-Lok® 3.0.

**Riduzione cono fisiologico di riassorbimento.*





Scanning electron microscopy courtesy of Myron Nevins, DDS.

Per informazioni:
Class Implant
Via delle Costellazioni, 305 - 00144 Roma
Tel.: +39.06.8744031
Fax: +39.06.87440377
classimplant@classimplant.com

Con way, GEASS apre la nuova via all'implantologia

Un unico protocollo chirurgico e un unico kit chirurgico per connessioni protesiche diversificate. È questa, in sintesi, la rivoluzionaria filosofia way, il sistema implantoprotesico di innovativa concezione a firma GEASS (www.geass.it). Ergonomia chirurgica, libertà protesica, Synthegra, estetica e benessere garantiti: tutto questo per gestire al meglio team, tempo e denaro, e far sorridere i pazienti. Way Milano connessione interna, way Roma connessione transmucosa e way Venezia connessione esterna disegnano la nuova via italiana all'implantologia.

Way Venezia, connessione esterna

Way Venezia è l'impianto ideale in tutti i casi in cui occorre flessibilità della gestione protesica per ottenere risultati estetici e funzionali. Il profilo esagonale della connessione esterna facilita al massimo il posizionamento della protesi, anche in complesse riabilitazioni chirurgiche. Grazie alla particolare geometria degli spigoli dell'esagono, way Venezia si posiziona con assoluta precisione e facilità, assicurando una corretta distribuzione dei carichi e limitando al massimo i fenomeni rotazionali. Con una connessione affidabile, riconosciuta e accreditata dalla comunità clinico-scientifica da oltre un trentennio, way Venezia offre un'ampia gamma di soluzioni protesiche standardizzate, garantendo massima predicibilità d'uso in ogni fase riguardante l'atto di protesizzazione. Il tutto valorizzato da Synthegra, la prima superficie trattata al laser con caratteristiche biomimetiche, geometria prestabilita e totale pulizia (www.synthegra.it).

Per informazioni:
Geass srl - Via Madonna della Salute, 23 - 33050 - Pozzuolo del Friuli (UD) - www.geass.it

Italian Edition Anno VII n. 6 - Giugno 2011

Simposio Accademia italiana Camlog

Si terrà il 5 novembre prossimo, presso il Teatro Comunale di Vicenza. Lasciamo al prof. Carlo Maiorana coordinatore dell'evento, la presentazione.

Carlo Maiorana.

camlogacademy
SIMPOSIO ACCADEMIA ITALIANA CAMLOG
5 Novembre 2011
VICENZA, Teatro Comunale
Con il patrocinio di:
camlogfoundation
sisco
Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria Università degli Studi di Milano
Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria Università degli Studi di Pavia
Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche "S. Palazzi" Università degli Studi di Pavia

"Cari colleghi, sono orgoglioso di invitarvi a partecipare al 1° Meeting dell'Accademia Italiana Camlog che si terrà a Vicenza il 5 novembre 2011.

L'Accademia Italiana Camlog, nata quest'anno e fortemente voluta dalla casa madre, ha lo scopo di sostenere lo sviluppo scientifico e clinico nell'ambito dell'implantologia osteointegrata. Questo obiettivo ambizioso sarà perseguito attraverso l'organizzazione di un congresso biennale, di corsi di continuing education e la preparazione di progetti di ricerca e trials clinici, con il supporto della International Camlog Foundation.

Il Consiglio Direttivo, che ho l'onore di coordinare per il prossimo biennio, è costituito da clinici e ricercatori di fama che hanno, con entusiasmo e senso di amicizia, accettato di costruire assieme una nuova entità che fornisca linee guida ai clinici e sostenga la ricerca implantologica nell'ambito della metodica Camlog.

I temi affrontati dai relatori nella giornata congressuale sono tra quelli di maggiore attualità, e offriranno lo spunto per una discussione attiva e costruttiva. Il mio ringraziamento personale va a tutti i membri del consiglio direttivo, a chairmen e relatori congressuali, alla Camlog e all'Alta-Tech, per sostenere il nostro sforzo nel migliorare le terapie offerte ai pazienti che necessitano di ristabilire la funzione masticatoria e al tempo stesso richiedono ai curanti risultati esteticamente validi".

Carlo Maiorana

Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica - Università di Milano

AMD LASERS vince il TechPoint Mira Award 2011

A AMD LASERS è stato assegnato il prestigioso Premio TechPoint Mira in ambito della categoria salute e life sciences. Il gala di premiazione si è tenuto il 7 maggio presso il JW Marriott a Indianapolis. Il programma del TechPoint Mira Awards premia i leader e gli innovatori in 13 diverse categorie competitive ed è uno dei più importanti riconoscimenti tecnologici. "Siamo davvero onorati di essere stati insigniti del Premio 2011 TechPoint Mira. Questo è un testamento dell'impatto che AMD LASER ha avuto non solo nel settore dentale, ma anche nella comunità tecnologica in generale. TechPoint è una grande organizzazione che unisce l'alta tecnologia – su cui si fondano aziende come AMD LASERS – a tutto il resto. È stato particolarmente bello vincere il premio in presenza della mia famiglia ad Indianapolis", ha dichiarato Alan Miller, Presidente e CEO, AMD LASERS. Jim Jay, presidente e CEO della TechPoint, ha dichiarato: "Questo è un testamento vero e proprio per la forza e la resilienza del settore tech in Indiana, a dimostrazione che non debba solo sopravvivere, ma crescere davvero e prosperare durante la più grande fase di recessione globale della nostra vita".

AMD LASERS è stata premiata per il suo impatto sul settore dentale in così breve tempo, il suo modello di inventario just-in-time, e il suo impegno a utilizzare fornitori locali. Il laser dentale Picasso della AMD LASERS ha permesso alla tecnologia laser di essere più accessibile e disponibile per il beneficio di tutti.

Marketwire

TUEORSERVIZISCHOOL

Prologo all'organizzazione degli Studi odontoiatrici

Obiettivo del Corso

I docenti di questi moduli (Titolari o Dirigenti Senior), cultori delle materie che concorrono a disegnare il quadro interdisciplinare del corso, forniranno delle conoscenze approfondite che si ritiene debbano affiancare le basi cliniche sia del professionista, con Studio avviato, sia di giovani laureati che si orientano alla professione odontoiatrica. Tali conoscenze potranno diventare bagaglio indispensabile per reggere il cambiamento del mercato e per intercettare i nuovi bisogni emergenti nei pazienti. Per questi motivi il corso è presentato per lo studio, ovvero l'odontoiatra potrà essere affiancato in alcuni corsi da altri collaboratori.

Programma del corso

lez.	Argomento della lezione	docente	h/tot
1	**- L'Azienda odontoiatrica**: Ruoli, funzioni e mansioni; Processi e procedure; Delega e controllo **- La Professione odontoiatrica**: La teoria dei bisogni materiali e immateriali: I bisogni primari, secondari, indotti e/o derivati; Collocazione di status e di ruolo; L'ambito delle aspettative e dell'immaginario professionali **- Il Paziente**: Le aspettative; L'immaginario; L'attribuzione di ruolo al medico	Dr. F. Tosco	8
2	**- La figura dello Psicologo nello Studio odontoiatrico**: modalità, tempi e situazioni in cui è opportuno l'intervento, sia per i pazienti sia per gli operatori dello Studio **- L'analisi psicologica**: il test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventore) e la sua interpretazione	*Psicologo* D.ssa S. Ghigo	4+4
3	**- I Produttori medici e l'Igienista**: Funzione e rapporto economico dei e con i collaboratori medici; Funzione dell'Igienista, applicazione dell'Igiene orale e rapporti economici tra Studio e operatore **- La segreteria al centro del sistema-Studio odontoiatrico**: I pazienti, i laboratori, i fornitori, i consulenti **- Elementi nodali del flusso di lavorazione**: Il piano di cura e il preventivo, il piano di trattamento, il piano di incasso, le conferme e i richiami **- L'agenda**: Lo strumento di organizzazione e di controllo dell'azienda Odontoiatrica.	Sig.ra S. Volpe Dr. F. Tosco	4+4
4	**- I rapporti di collaborazione, di consulenza, di consulto**: Analisi delle figure (la collaborazione, il consulto, la consulenza); La regola della personalità della prestazione (la regola, l'eccezione, il limite); Le responsabilità esterne (del titolare verso il cliente, del collaboratore, del consulente); Le responsabilità interne (il danno iatrogeno e la sua risarcibilità, l'azione diretta, il regresso del titolare di Studio); La proprietà dell'opera intellettuale (di chi è il cliente, di chi è la cartella clinica, di chi è la radiografia, i modelli ecc.); La formalizzazione del rapporto (opportunità e utilità); I conflitti e la loro gestione (la deontologia, l'ordinamento civile)	Avv. I. Tosco	8
5	**- Il controllo di gestione**: Strumenti generali per impostare un corretto controllo di gestione all'interno dell'Azienda; I principali processi e procedure gestionali, le loro priorità, le rispettive modalità di applicazione; La distinzione tra il possesso dei dati e la loro analisi al fine della possibilità di raggiungere gli obiettivi economici dell'Azienda (rilevazione dei dati di produzione, i costi e la redditività; il loro reperimento, l'analisi – chi e quando –, l'utilizzo dei risultati)	Dr. F. Cellino	8
6	**- Il consulente fiscale**: La normativa fiscale; L'impostazione dei bilanci e la gestione dei flussi di denaro L'ammortamento dei beni; Gli studi di settore **- Il consulente del lavoro**: Mansionario e retribuzioni (la gestione degli incentivi); La gestione degli orari; La selezione del personale; Il percorso di inserimento (stage e contratti di apprendistato)	Dr. F. Moine, *fiscalista* Dr. S. Verga, *cons. lavoro*	4+4
7	**- Il Team di lavoro**: La sinergia obbligatoria; La variazione progressiva dei bisogni dell'Azienda e delle RU; I flussi di informazione interni e quelli esterni; I costi della non-informazione nel/del team; I costi della non-motivazione	Dr. F. Tosco	8
8	**- La comunicazione nel marketing odontoiatrico**: Il marketing possibile; I rilevamenti scientifici; La customer satisfaction; La qualità percepita; Il sito web; I blog; I social network (Facebook, Twitter, youtube, LinkedIn); La newsletter	Dr. F. Tosco	8
		Totale ore	**64**

Informazioni generali

Le lezioni **1** e **2** si terranno in data 30 Settembre e 1 Ottobre 2011
Le lezioni **3** e **4** si terranno in data 14 e 15 Ottobre 2011
Le lezioni **5** e **6** si terranno in data 11 e 12 Novembre 2011
Le lezioni **7** e **8** si terranno in data 25 e 26 Novembre 2011

Il costo complessivo del corso è di € 1300 + iva
La quota comprende: 64 ore di corso per le figure professionali presenti nello studio; crediti ECM per gli odontoiatri; materiale didattico; 2 coffee break + 1 light lunch per ogni giornata di corso.

Il corso sarà attivato per un numero minimo di 15 partecipanti.

www.tueor.it

Segreteria organizzativa
Tueor Servizi Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 Torino
Tel. 011 0463350/011 19715665 - Fax 011 0463304/011 19715882 - e-mail: congressi@tueorservizi.it

Dental Tribune
Anno VII n. 6 - Giugno 2011
Italian Edition

Fate belli i vostri pazienti e vi saranno immensamente grati

Cari colleghi, la richiesta di estetica sempre più importante nella nostra società sta influenzando anche la nostra vita clinica; un aspetto piacevole sta diventando un biglietto da visita ogni giorno più importante, oltre che un potente strumento per accrescere l'autostima e il benessere del paziente (la miglior pubblicità per il nostro studio). L'ESCD (European Society of Cosmetic Dentistry) è un gruppo di professionisti, odontoiatri, odontotecnici e professori di differenti Paesi del continente che dal 2003 si occupano di questa branca dell'odontoiatria, ogni anno si riuniscono per un congresso annuale che, dopo Parigi e l'esperienza dell'anno passato a Londra, in collaborazione con l'AACD (American Academy of Cosmetic Dentistry), si terrà quest'anno nella splendida cornice di Dubrovnik in Croazia tra il 30 settembre e il 1° ottobre. Quando si parla di estetica non bisogna intenderla solo come alta protesi o conservativa in senso lato, ma un piano di trattamento ampio e polispecialistico; per questo motivo il congresso si dividerà in due giorni di letture multidisciplinari e cinque workshop; si partirà dal piano di trattamento e lo smile design di sorriso e volto con l'aiuto di un chirurgo plastico, estetica bianca con relazioni tecniche di protesi pura ed estetica rosa (perio e impiantare), fino a passare alle strategie di marketing e web marketing per poter divulgare queste vostre competenze. Partecipare a questo evento vuol dire entrare soprattutto a far parte di un gruppo.

L'animo primo di questa società è quello di creare un network scientifico tra i colleghi che ne fanno parte; per questo motivo sono stati istituiti due extra event come la cena di gala al castello della capitale, per meglio realizzare nuove conoscenze tra gli iscritti. Oltre alla partecipazione al congresso vi sarà la possibilità di ottenere l' accreditamento come soci attivi, presentando i casi clinici come richiesto dalle guidelines su www.Escd.info. I giovani sono il futuro, ed è in loro che noi crediamo; proprio per agevolare il loro coinvolgimento è stata istituita una poster session che metterà in palio tre premi: un assegno da 1000 euro, un corso pratico in Germania e un software di imaging digitale (simulazioni al pc), oltre a una quota agevolata di soli 50 euro. Spesso la cosa più difficile è trovare la giusta strada: cerchiamola insieme!

Video dedicato al paziente

SE DICO IMPIANTO, A COSA PENSI...?

Marisa Roncati Paola Marzola

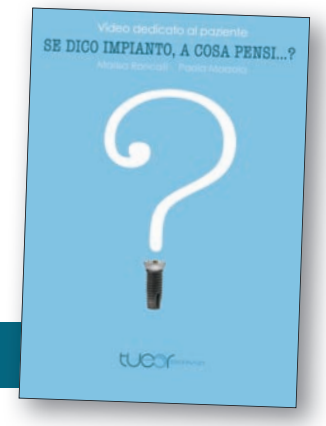
Ma soprattutto cosa pensano i pazienti che vogliono o devono sottoporsi a un trattamento odontoiatrico che prevede l'inserzione di impianti?

Frequenti e numerosi i dubbi, spesso manifestati o comunque sempre molto sentiti. Alcuni quesiti possono trovare una semplice risposta come viene illustrato in questo video tutto dedicato al paziente. Il gioco dell'ironia aiuta a introdurre l'argomento in modo accattivante. Diverse animazioni e molteplici disegni descrivono tecniche e protocolli in maniera facile e chiara.

Questo DVD può risultare, perciò, uno strumento efficace, in generale, per informare i pazienti odontoiatrici sui vantaggi della terapia implantare quanto mai diffusa e praticata al giorno d'oggi, e in particolare per "educare" e rendere maggiormente consapevoli e preparati all'intervento, coloro che già abbiano optato per questa soluzione nel proprio cavo orale. Infatti, i concetti di base relativi all'implantologia qui esposti, e che saranno approfonditi poi in modo personalizzato dal team odontoiatrico, aiutano a "dissipare ombre" e a superare definitivamente certi comuni e diffusi timori.

75.00 euro + IVA

Per Info e prenotazioni chiamare 011 0463350 / www.tueor.it



Grande festa della Aiola in convivialità e amicizia

È arrivato con crescente successo alla 10ª edizione il corso universitario di perfezionamento "Laser in odontoiatria" organizzato dall'Università di Firenze (Romano Grandini) e da quella di Siena (Simone Grandini) con la collaborazione di Aiola, che festeggia i dieci anni di vita, durante i quali ha tenuto fede alla "mission" di diffondere la cultura del laser in odontoiatria, anche attraverso la collaborazione con università prestigiose. In occasione del terzo incontro del corso 2010-11, giovedì 12 maggio, l'evento è stato degnamente celebrato in stile Aiola: rigore scientifico delle lezioni e prove pratiche su paziente guidate dai docenti Maggioni e Cremona. E poi grande festa con docenti e allievi, in convivialità e amicizia.

Degna cornice della serata l'azienda enologica Tolajni, che li ha ricevuti in un'atmosfera magica, con schiere di filari illuminate dai raggi del sole al tramonto. Il giovane amministratore delegato e un enologo hanno chiarito, con estrema competenza e arte affabulatrice, le fasi che portano dalla coltivazione della vite al grappolo, dalla vinificazione alla bottiglia. Un percorso che fonde al meglio la tradizione con l'innovazione e culmina, anche simbolicamente, nell'incantevole villa, la cui struttura è stata trasformata per accogliere ventisei enormi serbatoi di acciaio impeccabile. Al termine della visita è seguita, nella cantina dalle altissime volte, la cena con degustazione degli ottimi vini della tenuta. La serata ha avuto una svolta quando Maggioni e Dossena hanno inteso condividere le loro esperienze di impegno umanitario nel Madagascar (www.change-onlus.org). Maggioni ha preso per primo la parola ma, dopo poche frasi, è stato tradito dall'emozione e ha dovuto cedere il testimone a Dossena, il quale ha illustrato le eloquenti immagini dell'isola e della popolazione: in un attimo eleganti volte, cibo e vini raffinati sono scomparsi e gli astanti sono stati trasportati in un'altra realtà, dove quasi nulla di ciò cui si dà quotidianamente importanza ha vero valore, e si è potuta apprezzare l'enormità del lavoro svolto e di quanto resta ancora da fare. Sicuramente si è compreso perché un pezzo del loro cuore è rimasto in Africa, mentre in tutti sorgeva il desiderio di partecipare, ognuno con le proprie possibilità, alla lodevole impresa. Una volta rientrati nella realtà occidentale del XXI secolo, si è brindato ai dieci anni del corso e all'avveramento di un sogno: un corso laser di livello, uno spirito di corpo che unisce docenti e discenti con Aiola e il mondo laser, grazie anche alla presenza di sponsor istituzionali, presenti sin dagli albori, aziende di risonanza internazionale guidate da uomini che hanno posto innanzi a tutto amicizia e stima. Un grazie sentito a Kavo, Emmeciquattro, DMT-Allmed, Piccin Nuova Editrice e agli amici che hanno dato un aiuto nel crescere e continuare il progetto. Il giorno dopo gran successo: il corso sulla mininvasività, riservato agli igienisti, alla V edizione, che ha ottenuto 50 punti di ECM, il massimo raggiungibile, come quello laser. Confermata sin d'ora la partenza dell'11° corso a Siena nel 2012, sotto la guida di Simone Grandini, come quello sulla mininvasività laser e ozono assistita, alla sua 6a edizione. L'appuntamento è fissato al 16 e 17 marzo 2012.

L'interrogativo di Asti Dental Day: come condurre oggi uno Studio dentistico?

Presso il salone delle Conferenze della locale Camera di commercio si è svolto il 16 aprile, ad Asti, l'Asti Dental Day, congresso basato su come condurre uno studio medico dentistico.
Inizio alle 9 dopo il saluto del sindaco, con Roberto Rosso Presidente, della Key Stone, quale primo relatore che ha esposto ai numerosi presenti i vari aspetti della congiuntura negativa o della crisi strutturale che deve affrontare il dentista. Tra i temi affrontati, la ricerca di mercato, lo studio del comportamento dei consumatori, la concorrenza proveniente dall'estero. Elemento di ulteriore competitività per il professionista privato, lo sviluppo dell'odontoiatria pubblica (vedi il San Raffaele di Milano e la Dental School di Torino). Anche l'area odontotecnica presenta segnali di crisi. Per stare al passo con i tempi bisogna porsi l'interrogativo di come potrà configurarsi l'attività futura. Considerare quindi l'eterogeneità perché prossimi clienti saranno sicuramente gli extracomunitari, concentrarsi su alcune patologie (segmentazione), operare con vivacità ed efficienza (strategia), oltre ad avere conti in ordine.
La figura delle igieniste dentali è stata illustrata da Consuelo Sanavia, igienista dentale dell'Accademia "Il Chirone", che ha sottolineato la loro importanza per lo studio: ottimo contatto con il cliente, le prime a individuare i problemi da sottoporre al dentista e al paziente, vero e proprio biglietto da visita dello studio. Franco Tosco, presidente di Lessicom, ha sottolineato a sua volta la caratteristica di impresa dello studio dentistico che come tale va gestita, con precise esigenze.
L'incontro si è concluso alle 13.30 con un caloroso applauso, dopo la breve tavola rotonda e la risposta a numerose domande del pubblico.

Loredana Gatto

Infopoint

ITALIA

4° INTERNATIONAL MEETING ACCADEMIA "IL CHIRONE": "PICCOLI SORRISI: DALLA MAMMA AL BAMBINO"
- **Data:** 16-17 settembre
- **Dove:** Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali, Università di Roma "Sapienza" Via Caserta, 6 - Roma
- **Contatti:** Meeting Planner srl
- **Tel.:** 080.9905360
- **Fax:** 080.2140203
- **E-mail:** info@meeting-planner.it
- **Web:** www.meeting-planner.it

ORTODONZIA INTERCETTIVA CON DISPOSITIVI MIO FUNZIONALI PREFORMATI Corso Teorico
- **Data:** 17 settembre
- **Dove:** Milano
- **Contatti:** Foresta Dental srl
- **Tel.:** 800829004
- **Fax:** 02 96752045
- **E-mail:** info@forestadental.com

IMPLANTOLOGIA AVANZATA
- **Data:** 23-24 settembre
- **Dove:** Studio Roberto Ottonelli - Genova
- **Contatti:** Geass srl Chiara Passone
- **Tel.:** 0432.669191
- **E-mail:** passonechiara@geass.it
- **Web:** www.geasscampus.it

14° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI TERAPIA IMPLANTARE BIOMET 3i
- **Data:** 23-25 settembre
- **Dove:** Palazzo della Gran Guardia
- **Contatti:** Biomax spa
- **Tel.:** 0444.913410
- **Fax:** 0444.913695
- **E-mail:** info@biomax.it

CONGRESSO FORESTADENT DI TECNICA LINGUALE DIRETTA
- **Data:** 1-2 ottobre
- **Dove:** Desenzano del Garda
- **Contatti:** Foresta Dental srl
- **Tel.:** 800829004
- **Fax:** 02.96752045
- **E-mail:** info@forestadental.com

6° CONGRESSO EXACONE
- **Data:** 7 ottobre
- **Contatti:** ISO, Leone spa Sesto Fiorentino (FI)
- **Tel.:** 055.304458
- **Fax:** 055.304455
- **E-mail:** iso@leone.it

SICOI - CONGRESSO INTERNAZIONALE: "CONSENSUS CONFERENCE SUL TRATTAMENTO DEI SITI ATROFICI: COME QUANDO E PERCHÉ UTILIZZARE UNA TECNICA CHIRURGICA"
- **Data:** 7-8 ottobre
- **Dove:** Hotel Marriot - Milano
- Contatti: Medicina Viva
- **Tel.:** 0521.290191
- **Fax:** 0521.291314
- **E-mail:** sicoi@mvcongressi.it
- **Web:** www.mvcongressi.it

PARODONTOLOGIA IN IMPLANTOLOGIA
- **Data:** 14 ottobre
- **Dove:** Udine - Geass srl
- **Contatti:** Geass srl Chiara Passone
- **Tel.:** 0432.669191
- **E-mail:** passonechiara@geass.it; info@geasscampus.it

IL RECUPERO DELLA FUNZIONE E DELL'ESTETICA NEI PAZIENTI CON GRAVE COMPROMISSIONE PARODONTALE
- **Data:** 21-22 ottobre
- **Dove:** Milano
- **Contatti:** Promo Leader Service Congressi srl
- **Tel.:** 055.241131
- **Fax:** 054.2462270
- **E-mail:** sidp@promoleader.com

LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA PARODONTITE NELLA TERAPIA NON CHIRURGICA E CHIRURGICA PARODONTALE
- **Data:** 22 ottobre
- **Dove:** Milano
- **Contatti:** Promo Leader Service Congressi srl
- **Tel.:** 055.241131
- **Fax:** 054.2462270
- **E-mail:** sidp@promoleader.com

18° CONGRESSO NAZIONALE A.I.K.E.C.M.: "IL PAZIENTE DISFUNZIONALE: APPROCCI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI"
- **Data:** 11-12 novembre
- **Dove:** Holiday Inn Hotel Rimini
- **Contatti:** Selene srl Sig.ra Laura Trinchero
- **Tel.:** 011.7499601
- **Fax:** 011.7499576
- **E-mail:** aikecm@seleneweb.com

XXX CONGRESSO INTERNAZIONALE AIOP: "RITORNO AL FUTURO. RISCOPRIRE I FONDAMENTALI NELL'ERA DELLA TECNOLOGIA"
- **Data:** 18-19 novembre
- **Dove:** Bologna
- **Contatti:** Promo Leader Service Congressi
- **Tel.:** 055.2462201
- **Fax:** 055.2462270
- **E-mail:** aiop@promoleader.com

EUROPA

CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E PRE-IMPLANTARE
- **Data:** 14-17 settembre
- **Dove:** Università di Innsbruck (Austria)
- **Contatti:** Nadia Canton Odontes
- **Tel.:** 02 38103089
- **E-mail:** info@odontes.it
- **Web:** www.odontes.it

DENTAL – EXPO
- **Data:** 26-29 settembre
- **Dove:** Mosca (Federazione Russa)
- **Contatti:** Dentalexpo Maria Savchenkova
- **Tel.:** + 7.495.9214069
- **E-mail:** International@dental-expo.com

EAO - 20TH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
- **Data:** 12-15 ottobre
- **Dove:** Atene (Grecia)
- **Contatti:** EAO c/o Colloquium
- **Tel.:** + 33(0)1.44641515
- **Fax:** +33 (0)1.44641516
- **E-mail:** eao2011@clq-group.com

XXIII CONGRESSO INTERNAZIONALE ODONTOSTOMATOLOGICO
- **Data:** 4-5 novembre 2011
- **Dove:** Sala Conferenze Francois Blanc Sporting D'Hiver, Monte-Carlo
- **Contatti:** Centro Culturale Odontostomatologico
- **Tel.:** 011.544788
- **Fax:** 011.545001
- **E-mail:** aldoruspa@tin.it

CHI CERCA TROVA

COLLABORAZIONE

Offerte

Medico odontoiatra esperienza ventennale offre collaborazione presso Studi dentistici seri Lecce, Brindisi, Taranto. Per contatti: 338.4315936

Odontoiatra offre collaborazione lavorativa e disponibilità per direzione sanitaria presso Studi dentistici o Centri a Milano, Varese, Bergamo, Novara e provincia. Per contatti: 340.6848463

Richieste

Avviato Studio di specialista chirurgo odontoiatra cerca giovani apprendisti laureandi in Odontoiatria per periodo di praticantato formativo. Per contatti: 335.6869999 e 011.9002733. E-mail: monge.maurizio@tiscali.it

STUDI

Offerte

Alba, zona centrale, cedesi Studio odontoiatrico a odontoiatra o specialisti del settore. Per contatti: 338.7556935

Cedesi in affitto Studio dentistico in provincia di Torino (40 km). Per contatti: 345.0350046

MODULO INSERZIONE

Per gli abbonati la pubblicazione è gratuita, per i non abbonati il costo di un singolo annuncio è di 10 Euro. Pagamento da effettuarsi sul c/c postale n. 65700361 o con assegno intestato a: TU.E.OR. da far giungere in redazione assieme all'annuncio, al seguente indirizzo:

TU.E.OR. Srl - C.so Sebastopoli, 225 - 10137 Torino - Tel. 011 19715665 - Fax 011 0463304

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ E-mail _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO IL TESTO SPECIFICANDO NOME E COGNOME (O NOME DELLO STUDIO), INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO.

_____

_____

Ai sensi dei Decreti Legislativi 196/03 e 276/03 (Nuovo Codice in materia di protezione dei dati personali e "Legge Biagi") vi do il mio consenso per il trattamento dei dati sopra riportati.

Firma _____

LA DIREZIONE NON SI CONSIDERA RESPONSABILE DEL CONTENUTO DEGLI ANNUNCI

Segreteria organizzativa:
C.N.S. by Maxilo Srl
Via Aldebaran, 11 A - 95127 Catania
tel. 095/7225313 - fax 095/7225317 - E-mail: maxilosrl@tin.it - www.maxilosrl.it

PROGETTI DI COOPERAZIONE

"Implantochirurgia su Paziente" - Cuba

Dr. C. Cortesini e Dr. A. Motta

Sede dei corsi: Università De Estomatologia - Avenida Carlos, N° 3 - Ciudad Havana - Cuba
I corsi si ripetono a: novembre 2011 - aprile 2012

Livello Base - Livello Avanzato

L'implantologia, con le sue documentate risultanze cliniche, ad oggi rappresenta certamente una possibilità terapeutica di riabilitazione morfofunzionale dell'apparato stomatognatico a disposizione dell'odontoiatra. In questa ottica, la conoscenza degli aspetti legati alla funzione e all'estetica in implantoprotesi costituisce premessa obbligatoria per una corretta terapia riabilitativa.
È con piacere, perciò, che si presenta questo corso eminentemente pratico presso l'Università dell'Havana, rivolto alla professione, con lo scopo di far partecipare il corsista in prima persona alla risoluzione delle varie problematiche chirurgiche.

I corsisti, nel numero massimo di 4 per gruppo, effettueranno direttamente su pazienti gli interventi e a turno svolgeranno il ruolo di assistente e di ferrista in altri interventi.

Sala Operatoria di Implantologia Avanzata e Chirurgia Maxillo-Facciale

Relatore: Prof. Maurizio Franco e suoi Collaboratori

Ulss 8 Veneto Ospedale di Castelfranco Veneto - Servizio di Chirurgia Maxillo- Facciale
L'evento si ripete a settembre - novembre 2011 - febbraio - maggio 2012

Direttore dell'Unità Operativa Autonoma di Chirurgia Maxillo-Facciale del presidio ospedaliero di Castelfranco Veneto USL 8 (TV), convenzionato con la Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale di Padova. Professore a contratto di Chirurgia Speciale Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale presso il CLO dell'Università di Padova.

Il corsista sarà accreditato per poter utilizzare presso il suo Studio privato l'osso omologo della Banca dei Tessuti

Novità

"Corso teorico-pratico di Ortodonzia Prechirurgica"

Relatore Dr. Redento Peretta

Data inizio sabato 8 ottobre 2011

Lo scopo di questo corso è fornire precisi dati sulla diagnosi, la pianificazione e il trattamento pre e post chirurgico di gravi discrepanze ossee basali, ponendo risalto sulla necessità di agire con obiettivi opposti a quelli perseguiti in un trattamento ortodontico puro.

Il corso sarà articolato in 5 incontri di cui l'ultimo avrà luogo presso la sala operatoria del servizio di chirurgia Maxillo-facciale dell'Ospedale di Castelfranco Veneto.

Per raggiungere il suo scopo il corso si avvarrà di:

- **Lezioni teoriche** mirate alla diagnosi della disgnazia di interesse ortodontico-chirurgico, all'importanza dell'esame funzionale, all'analisi estetica del volto, alla selezione del tipo di intervento da attuare, al trattamento e alla prevenzione delle recidive post-operatorie.
- **Lezioni pratiche** durante le quali i corsisti eseguiranno il tracciato cefalometrico diagnostico e di previsione della chirurgia, il set-up prechirurgico e la simulazione del trattamento sul Typodont. Ogni corsista sarà libero, se vorrà, di utilizzare la tecnica ortodontica a lui più familiare.
- **Clinics** con l'interessante opportunità di seguire direttamente in sala operatoria alcuni interventi di Chirurgia Ortognatica. Alla fine del corso il relatore rimarrà a disposizione dei corsisti per eventuali analisi di casi clinici pervenuti alla sua attenzione.

© Coka/Fotolia

5 Novembre 2011
VICENZA, Teatro Comunale

camlogacademy

SIMPOSIO ACCADEMIA ITALIANA CAMLOG

Coordinatore scientifico:
Carlo Maiorana

Presidenti di sessione e relatori:
Massimo Albanese
Dario Andreoni
Alfonso Baruffaldi
Mario Beretta
Matteo Capelli
Luca Cordaro
Sergio De Paoli
Marco Finotti
Pier Francesco Nocini
Giano Ricci
Ruggero Rodriguez y Baena
Tiziano Testori

Focus on:
Rigenerazione dei tessuti
Implantologia guidata
CAD/CAM

Panel discussion

Sessione Poster

C. Maiorana	Inaugurazione.
I sessione	Presidenti di sessione: **S. De Paoli, M. Finotti**
G. Ricci	Controllo dei tessuti molli in terapia implantare.
M. Beretta	GBR dei difetti alveolari in area estetica.
L. Cordaro	Chirugia guidata: quali sono le evidenze?
R. Rodriguez y Baena	Chirurgia guidata: aspetti clinici.
T. Testori,	Stato dell'arte nell'approccio laterale del grande rialzo
M. Capelli	del seno mascellare.
M. Albanese	Rigenerazione ossea nelle atrofie mascellari a fini implantoprotesici.
II sessione	Presidenti di sessione: **G. Ricci, L. Cordaro**
D. Andreoni	Significato clinico del platform switching.
M. Finotti	Protesi avvitata vs protesi cementata: indicazioni e limiti.
A. Baruffaldi	Radiologia e CAD/CAM nella progettazione e finalizzazione protesica implantare.
Panel discussion	Prospettive future in implantologia ed implantoprotesi. **Coordinatore: P. F. Nocini** M. Albanese, D. Andreoni, A. Baruffaldi, M. Beretta, M. Capelli, L. Cordaro, S. De Paoli, M. Finotti, G. Ricci, R. Rodriguez y Baena.

Con la partecipazione di:
Axel Kirsch: Award for the founder of the CAMLOG Implant System.

www.graficheagrg.it

Con il patrocinio di: camlogfoundation

SISCO
Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica ed Orale

Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Università degli Studi di Milano

Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Università degli Studi di Pavia

Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche "S. Palazzi"
Università degli Studi di Pavia

Alta·Tech BIOTECHNOLOGIES

Tel. 0444/461311 divisionecorsi@alta-tech.it www.alta-tech.it